

SYSTEMICA
Nº 0.

AÑO 1995

SYSTEMICA

Revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y
Sistemas Humanos

Director:

JUAN MIGUEL DE PABLO URBAN

Comité de Redacción:

NURIA HERVÁS JAVEGA, JOSÉ BARRERA PIÑERO, MAGDALENA RODRÍGUEZ
MARTÍNEZ,
ANTONIO REDONDO VERA, MARÍA DE LOS RÍOS GÓMEZ.

Consejo Editorial:

MAURICIO ANDOLFI. Roma.
MARCELA DE NICHILLO. Roma.
OLGA SILVERSTEIN. New York (USA).
ALBERTO ESPINA (San Sebastián).
MARIE DOMINIQUE GIRARD-BESANÇENOT (Madrid).
PEDRO GUILLÓ FERNÁNDEZ (Madrid).
JOSE ANTONIO RÍOS (Madrid).
ANGELES SANCHEZ-SARACHAGA RUIZ (Sevilla).
LUIS TORREMOCHA DURÁN (Málaga).
MIGUEL GARRIDO FERNÁNDEZ (Sevilla).
SEBASTIAN GIRÓN GARCÍA (Sevilla).
BELEN GONZÁLEZ JIMÉNEZ (Málaga).
FRANCISCO JOSÉ JAIME LORA (Cádiz).
CARMEN DE MANUEL VICENTE (Cádiz).
ANTONIO LEÓN MAQUEDA (Sevilla).
EVA PEÑÍN FERNÁNDEZ (Almería).
ALFONSO RAMIREZ DE ARELLANO ESPADERO (Huelva).
PEDRO VEGA VEGA (Málaga).

Edita y Distribuye:

ASOCIACION ANDALUZA DE TERAPIA FAMILIAR Y SISTEMAS HUMANOS (AATFASH).
Avda. de la Cruz del Campo, nº 10. 41005 - SEVILLA
Tlfno.nº 4572926. Fax nº: 4577792

Imprime: Imprenta BOLLULOS (Puerto de Santa María. CADIZ)
De este número 0 se editaron 500 ejemplares (Febrero de 1995)

Portada: Mayte Hernández Asencio

Depósito Legal:

ISSN Nº:

Precio de la Revista: 1000.- ptas, más gastos de envío. Para solicitar
ejemplares, llamar a tlfno: 95/4572926.

INDICE

Pags.

PRESENTACION por Nuria Hervás Javega

EDITORIAL

EL ENFOQUE SISTÉMICO EN LA SALUD

Abordaje Sistémico en Medicina Familiar y Comunitaria. G. Moratalla Rodríguez

La Intervención Sistémica en Enfermería de Salud Mental. I. Vicente Ruiz

Notas para un Abordaje Sistémico-Relacional en un Equipo de Salud Mental. J. Barrera Piñero

Conceptualización Sistémica del Trabajo en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Sevilla.

S.Girón García

Cronicidad Psiquiátrica: ¿Es posible otra alternativa?. P.Vega Vega

El Enfoque Sistémico como Alternativa de Intervención en Salud Mental: Una reflexión. M. Rodríguez

Martínez

Unidad de Salud Mental Infantil: Perspectiva Sistémica. C.de Manuel, C.de la Rosa, M.Cano, P.Manrique y J.C.Fernández

Niveles de Intervención Sistémica en una Unidad de Psiquiatría Hospitalaria. M.Gómez Banovio

FAMILIA, EVOLUCIÓN Y CONFLICTO

Familia y Escuela: Intervención desde un Servicio Municipal. P.Millán Sánchez

Integración de lo Sistémico en un Centro de Orientación Familiar. M.I. García González

Mediación Familiar: una alternativa de resolución a los procesos contenciosos de separación y divorcio. M.D. Rodríguez Dávila

Disfunción Escolar y Abordaje Sistémico. R.Nieto Rivera

Hacia un Modelo Sistémico en el marco de la Educación para la Diversidad. C.Rodríguez Sánchez

Perspectiva e Intervención Sistémica en Familias Maltratantes. R.Pinna García

Formación Multidisciplinar para Orientadores Familiares y Contexto Sistémico. M.Garrido Fernández

El Abordaje Sistémico en la Selección de Parejas Solicitantes de Adopción. M.A. García Cárdenas

SISTEMAS HUMANOS E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Análisis Institucional y Perspectiva Sistémica. A.León Maqueda

Sistemas Humanos e Inserción Socioprofesional: La Construcción de una realidad para el Empleo. J.M.

de Pablo Urban

Apuntes para una Intervención desde la Perspectiva Sistémica en el ámbito de lo Social y Comunitario.

F.J. Jaime Lora

Enfoque Sistémico en la Intervención de Servicios Sociales. M. Martín Díaz

SIDA: Coherencia en el Sistema. V.M. Sánchez Díaz

Del Individuo a la Familia. P. Lillo Carboneras

"...Cuando además de ser drogodependiente se está preso". F. Alfonso
Rodríguez
Intervención Psicosocial en Familias Multiproblemáticas. A.G. Girón
Regordán

INFORMACION SOBRE LA A.A.T.FA.S.H. - Noticias

PRESENTACION

Cuando Juan Miguel, secretario de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos, me dijo que, como presidenta, tenía que escribir esta presentación, no pude por menos que pensar qué rápido pasa el tiempo y cómo, cosas que uno no se imagina que van a ocurrir, acaban ocurriendo.

La ASOCIACION ANDALUZA DE TERAPIA FAMILIAR Y SISTEMAS HUMANOS nace legalmente en el verano de 1991. Afortunadamente, hay personas y circunstancias que hacen que nos movamos. Desde hacía tiempo, varios profesionales en estas lides nos veníamos reuniendo, la insistencia del Dr. Pedro Guilló, nos hizo plantearnos la necesidad de proporcionar un marco legal a estas reuniones. Las circunstancias a las que me refería es la celebración en Sevilla de las XII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, y la constitución durante dicho encuentro de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF).

Desde ese verano de 1991 la Asociación ha ido creciendo, tanto en número de socios como en actividad. En este empuje continuo se alzaron varias voces demandando un espacio en el que intercambiar ideas y experiencias entre los miembros. Para atender esta nueva necesidad se organizan las I Jornadas Andaluzas de Terapia Familiar. Casi todos los miembros participaron, exponiendo su trabajo y/o asistiendo. No resisto la tentación de decir que fueron "un éxito de crítica y público". Pudimos comprobar que las ideas de la terapia familiar y el paradigma sistémico están resultando útiles e inspiradoras en otros ámbitos que no se restringen al tradicional de la salud mental.

Sería una ingratitud no mencionar aquí que la idea de iniciar una revista con los trabajos de dichas Jornadas, parte del entusiasmo de Juan Miguel de Pablo.

Ojalá, tenga un futuro y sirva de foro para la pluralidad y flexibilidad; y que todos los que en algún momento tengan algo que decir, se animen, con la convicción de que éste no es un medio ajeno sino que nos pertenece a todos.

Nuria Hervás Javega
Presidenta de AATFASH

EDITORIAL

Cada proyecto que se pone en marcha, cada iniciativa, genera inquietud; una cierta sensación de imprevisibilidad. Deseamos su desarrollo, un sólido y largo camino, pero nunca sabemos si en algún momento dejará de ser lo que quisimos o, en ocasiones, si realmente llegará a ser. A pesar de estas incertidumbres, cómo no asumir el reto de participar en el nacimiento de algo que puede ser posible e inclusive que debe ser posible.

SYSTEMICA era una necesidad. En el espacio de una consulta de psicoterapia, la psicoterapia es. En el hecho de una comida familiar, la familia se recrea nuevamente. En la esencia de una revista, la comunicación está presente, la comunicación de lo que hacemos, creemos y quisiéramos que fuese. De esta forma, lo escrito adquiere un cuerpo, lo que creemos se confronta y lo que quisiéramos ser aparece más cercano. Todo instrumento que nace, lo hace como respuesta a una necesidad de hacer algo. Con su uso mejoramos lo que hacemos, aprendemos nuestro oficio, obligándonos a recrear nuevos instrumentos que, a su vez, amplifican nuestros modos de trabajar y amplían nuestros objetivos. Es una espiral constante de necesidades que nos llevan a buscar respuestas y de respuestas que crean otras necesidades que precisan de nuevas respuestas...

Los profesionales que nos reunimos en torno al enfoque sistémico no somos ajenos a estas espirales, a esta continua e imprescindible realimentación en nuestra profesión. Sabemos cosas diversas porque trabajamos en ámbitos diversos y porque aplicamos en esa diversidad lo que aprendimos de los otros y de nosotros. Este número 0 es un buen reflejo de ello, un abanico de lo que somos, queremos ser y podemos hacer, una muestra también de nuestras serias limitaciones.

Desde esta base, en el hecho de la aparición de **SYSTEMICA** como revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos, el primer paso ha sido dado. Dependerá de nosotros, de otros que no están aquí pero de los que queremos aprender, que esta revista se desarrolle como un apoyo a nuestra labor profesional y a nuestro común objetivo.

El riesgo al ver lo que decimos en un papel impreso se confunde con el deseo de construir una realidad compartida, dando sentido a la difusión de las ideas, las opiniones y las emociones entre los profesionales de la Terapia Familiar, de la intervención sistémica en lo social y en lo educativo, de los abordajes sistémicos de otras disciplinas en apariencia ajenas. Vencer las barreras que vetan nuestra participación en la comunidad, para compartir ideas y experiencias, es imprescindible. Gracias a tantos que asumieron los riesgos de exponer lo que creían, de enseñar lo que hacían y de dar un soporte escrito a su experiencia, aprendimos a mejorar en nuestro trabajo. Por qué replegarse cuando otros buscan conocer lo que se hace, en estos momentos, en nuestro entorno profesional en Andalucía. Es una obligación empezar a hablar de lo que hacemos en nuestros contextos profesionales, qué intentamos y se frustró, qué aprendimos con ello, qué empezamos y nos sorprendió por sus resultados, qué planeamos realizar en el futuro para mejorar nuestro trabajo.

SYSTEMICA puede ser una puerta para la reflexión y la duda, un lugar para el cuestionamiento continuo de nuestro quehacer diario, un medio para la confrontación y la ampliación de nuestras metas.

Por último, recordar que **SYSTEMICA**, ha de ser una vía para las noticias, los acontecimientos y las perspectivas futuras que el apasionante mundo de la Psicoterapia y su desarrollo propician, así como de las impresionantes posibilidades que el enfoque sistémico propugna en otros ámbitos de la sociedad, la ciencia y la cultura.

Dicho esto, confiar en que **SYSTEMICA** se convierta en la plataforma de comunicación que los distintos profesionales de ámbito sistémico en Andalucía, esperábamos.

EL ENFOQUE SISTÉMICO COMO ALTERNATIVA

MESA 1ª :

EL ENFOQUE SISTÉMICO EN LA SALUD

Iª JORNADAS ANDALUZAS DE TERAPIA FAMILIAR

ABORDAJE SISTEMICO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Guillermo Moratalla Rodríguez.

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Coordinador Provincial de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz.

Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

INTRODUCCION

El pensamiento sistémico ha supuesto una auténtica revolución en las ciencias de la salud, hasta el punto que, yo diría, ha sido uno de los pilares básicos en que se sustenta la atención primaria de salud y el ejercicio de los profesionales que en ella se integran: trabajo social, enfermería y medicina de familia. Cuando me propusieron preparar esta breve exposición, me pareció adecuado - para no invadir el terreno de otros profesionales - enfocarla desde el punto de vista de mi especialidad (medicina familiar y comunitaria), ya que, además de conocerla, muchos de los aspectos del modelo de pensamiento en que se sustenta y de su método clínico pueden extrapolarse al ámbito global de la atención primaria de salud.

Trataré de resumir de la forma más sintética posible los tres aspectos básicos de la exposición:

- 1°. ¿Qué es la medicina de familia?. ¿En qué se fundamenta?.
- 2°. ¿Por qué es necesario el enfoque sistémico para el médico de familia (general) y otros profesionales de la atención primaria de salud?.
- 3°. ¿En qué niveles nos situamos actualmente en nuestro país respecto a la atención familiar (sistémica)?.

¿POR QUÉ MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA?

En 1978 (en Alma-Ata, ciudad de la entonces URSS) la OMS propone el concepto de atención primaria de salud. Este concepto con trastaba con la asistencia sanitaria curativa (en España "Seguro Obligatorio de Enfermedad") prestada hasta el momento, y surgió como respuesta ante la ineficiencia de la misma. Su propio nombre indica sus fundamentos:

- *Es atención porque debe estar "atenta".
- *Es primaria porque es "la primera".
- *Es de salud porque es su promoción el principal objetivo.

A raíz de este nuevo concepto, se decide en muchos países especializar a los médicos generales para entrenarlos y lavarles el cerebro de la nefasta formación sufrida en las facultades (hospitalocéntrica, basada en la causalidad lineal, centrada en la enfermedad antes que en el enfermo, y mirando al individuo obviando su contexto), dándosele a dicha especialización (en algunos países incluido España) el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria, a mi juicio con gran acierto. Las claves en que se fundamenta pues la medicina familiar y comunitaria, son:

1. Formación específica.
2. Promoción y prevención frente a curación.
3. Atención integral e integrada al individuo, familia (como sistema) y comunidad (como sistema).
4. Un nuevo modelo de pensamiento, el modelo biopsicosocial (Engel), que surgió de la fuente de la Teoría General de Sistemas, aplicando un método clínico diferente: el método clínico centrado en el consultante. El modelo biopsicosocial presenta, entre otros, los siguientes aspectos diferenciadores:

- Está fundamentado en la causalidad circular.
- La mente y el cuerpo no se pueden separar.
- Conocer la enfermedad no es suficiente. Hay que interpretar sus manifestaciones en la persona en su contexto.
- Eleva a la categoría de diagnóstico todo lo que repercute en el sistema del consultante, incluyendo en ese sistema la relación entre el individuo y el profesional que lo atiende.

Así, con este modelo de pensamiento, las actividades de la medicina familiar y comunitaria se centran en los tres aspectos que se detallan en la Tabla 1.

¿POR QUÉ ES NECESARIO EL PENSAMIENTO SISTEMICO PARA EJERCER LA MEDICINA DE FAMILIA?

En primer lugar, hay que considerar las características del modelo biomédico. El modelo biomédico, fundamentado en la causalidad lineal o multifactorial, solamente permite explicar los síntomas que son debidos a enfermedades orgánicas. Curiosamente, los síntomas indiferenciados (los que los biomédicos llaman con desprecio "funcionales" o "neuras") predominan en el ámbito de la atención primaria de salud, y es por ello que el modelo biomédico fracasa. Generalmente el paciente acaba harto de exploraciones o visitas a "especialistas", buscando infructuosamente la etiqueta que explique el por qué de la dolencia. A veces este furor diagnóstico puede, incluso, ser peligroso para la salud de las personas. Afortunadamente muchos médicos generales, sin haberse especializado, han sido listos, y con su oficio probablemente han evitado mucha yatrogenia inútil.

El modelo biomédico, considera al paciente como un animal de experimentación (con las diferencias lógicas que la ética impone), que puede aislarse y estudiarse en el laboratorio. Es decir, se ingresa, se le asigna un número de cama, se le viste con un pijama (igual al de los otros), y se controlan las entradas (alimentos, líquidos, sueros, medicamentos) y salidas (orina, heces) de su organismo. Esta actitud experimental es excelente en el laboratorio (hospital) y, por ejemplo, permite controlar perfectamente a un diabético descompensado. Pero: ¿qué sucede cuando el individuo es devuelto a su entorno, al sistema del que fue necesariamente aislado? Evidentemente la evolución del proceso se modifica, por lo que solamente con un enfoque sistémico puede el médico de familia considerar todos los aspectos de dicha evolución, y estará más próximo a explicar con corrección el fenómeno de la enfermedad humana.

Para el modelo biomédico la enfermedad (entelequia que sirve para clasificar en el mismo grupo a los individuos que tienen síntomas similares) es un fallo de una maquinaria que debe repararse, generalmente buscando la causa. Sin embargo, en atención primaria de

salud, la dolencia, puede no ser una enfermedad, o ser una enfermedad en un estadio tan inicial que no nos permite identificarla como tal. Por esa razón el médico de familia trabaja orientado a PROBLEMAS, en lugar de a diagnósticos. Este concepto tiene mucha importancia, porque un problema puede ser TODO LO QUE SUPONE UNA ALTERACION EN EL EQUILIBRIO (HOMEOSTASIS) DEL SISTEMA O SUBSISTEMAS EN QUE EL PACIENTE SE HALLE. Así son problemas para nosotros "un dolor de rodilla", "un duelo normal", "un despido", "una artritis reumatoide", "una demanda indiferenciada del cuidador de un paciente terminal", etc. Generalmente los estudiamos en términos sistémicos (circulares) considerando tan importantes el "porqué" como el "para qué", es decir todas las direcciones de la causalidad. Aunque casi nunca podemos curar (en el sentido biológico), es bien cierto que un abordaje adecuado de los problemas puede en sí mismo aliviar las dolencias, o indicarnos la actuación profesional más idónea para el problema, en muchos casos el trabajo social. Pero, sobre todo, un abordaje adecuado de los problemas permite evitar el furor diagnóstico que tanto ha medicalizado nuestra sociedad.

Un aspecto, desde mi punto de vista, muy importante es el lugar que se da al consultante (me gusta más consultante que paciente, porque muchas veces los pacientes somos nosotros) en la toma de decisiones. Tradicionalmente, el modelo biomédico no ha considerado importante que el paciente decida sobre qué va a hacerse con la más preciada de sus propiedades: su vida. Y ha sustituido la opinión del paciente por los protocolos científicos y los resultados de la tecnología. Evidentemente, cuando alguien entra en parada respiratoria, es imprescindible actuar con precisión experimental, pero en atención primaria, DEBE DECIDIR SIEMPRE EL CONSULTANTE Y SU FAMILIA, ASESORADOS POR EL PROFESIONAL. Sin duda el enfoque sistémico y el modelo biopsicosocial nos acercan a la dimensión humana de los problemas de salud.

Resumiendo, el médico de familia se enfrenta preferentemente a problemas conductuales, crónicos o degenerativos, indiferenciados o iniciales, y agudos o autolimitados. Ello hace que trabaje con UN ALTO GRADO DE INCERTIDUMBRE, CIRCUNSTANCIA EN LA QUE ES INUTIL EL MODELO BIOMEDICO. Podemos decir que el médico de familia es el médico especializado en trabajar en condiciones de máxima incertidumbre, incertidumbre que puede despejar ampliando el campo de mira, con un modelo biopsicosocial y, por tanto, sistémico. **Este enfoque sistémico nos permite superar la concepción de enfermedad-diagnóstico-tratamiento-¿curación?, hacia la atención a la persona (o familia, o comunidad) con problemas,** comprendiendo la globalidad de los mismos: sentimientos o contenido emocional de la dolencia, expectativas o razones auténticas de la visita y temores o miedo a lo desconocido en la interacción con un elemento (el médico o el sistema sanitario) ajeno, en un principio, al sistema del consultante.

Un buen médico de familia debe ser capaz de integrar los conocimientos y actitudes de la ciencia y tecnología biomédicas con las experiencias del consultante y su sistema familiar y social, elaborando a través de la negociación (otra técnica clave en mi especialidad) un plan de actuación en el que el consultante tomará las decisiones. Esto solo es posible con un enfoque sistémico y un método centrado en la comunicación, el autoconocimiento y una feroz autocrítica.

ATENCIÓN FAMILIAR. ¿DÓNDE ESTAMOS?

Como define Taylor, en la atención familiar (por supuesto sistémica) por parte de los médicos de familia se pueden diferenciar cinco niveles:

NIVEL UNO: El médico desconoce el papel de la familia en el proceso de salud-enfermedad. En este nivel, el médico realiza una atención individualizada, preocupándose de la familia solamente cuando la necesita para recopilar información de la enfermedad del paciente.

NIVEL DOS: El médico intercambia información y da consejos a los familiares. En este nivel suele recurrirse a la familia cuando se necesita apoyo familiar, generalmente en procesos crónicos.

NIVEL TRES: El médico es capaz de emplear instrumentos para identificar acontecimientos familiares. Alcanzar este nivel supone tener una formación acerca de la estructura y demografía familiares, las funciones, el ciclo vital, los acontecimientos vitales estresantes, etc. El médico identifica las crisis en el sistema familiar y conoce su propio papel en todo el sistema.

NIVEL CUATRO: El médico es capaz de evaluar la función y disfunción familiar. Emplea las técnicas de entrevista familiar, tiene un conocimiento profundo de la teoría de sistemas, de los modelos de disfunción familiar y es capaz de movilizar los recursos familiares.

NIVEL CINCO: El médico es capaz de realizar intervenciones familiares, bien movilizando los recursos disponibles en su equipo, o mediante conocimientos de terapia familiar.

Los dos primeros niveles, corresponden a la medicina tradicional. En ellos se encuentran todos los especialistas hospitalarios (salvando algunas corrientes de la psiquiatría), casi todos los médicos generales, la gran mayoría de profesores de medicina, y algunos médicos de familia. En la medicina de familia las primeras promociones fueron formadas por internistas hospitalarios, por lo que tuvieron mayores carencias en formación sistémica. Afortunadamente muchos han seguido un proceso de formación continuada y se han incorporado (e incluso son maestros) a la corriente biopsicosocial.

El nivel tres debe ser el estándar mínimo exigible a un médico de familia, y de hecho muchos se sitúan en él.

El nivel cuatro es, a mi juicio, el estándar óptimo, siendo el ideal, por supuesto, el nivel cinco. No obstante, para una adecuada atención familiar en atención primaria de salud, puede ser suficiente el nivel cuatro, siempre que el médico de familia sea capaz de movilizar los recursos precisos para los casos que requieran un especialista en terapia familiar.

En España, dentro de la medicina de familia, es la escuela de Granada, encabezada por Luis de la Revilla, la que tiene más experiencia y formación en atención familiar. No obstante, la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria realiza un Programa de Formación en Atención Familiar, que está previsto extender por las ocho provincias de nuestra comunidad, y ha creado un equipo con fines de investigación y docencia.

Además de ello, el Programa Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, define claramente cómo debe ser la formación del médico residente en el campo de la atención familiar, lo que ha supuesto un

avance cuantitativo y cualitativo en la formación, aunque a los docentes todavía nos cuesta mucho esfuerzo convencer al recién llegado de que es muy útil pensar en términos sistémicos. Pero es indudable que vamos avanzando y el hecho de que haya tenido la oportunidad de asistir a estas jornadas es una prueba de ello, además de un inmenso honor.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Juan Miguel de Pablo, que pensó en mí para presentar esta exposición, y en general a la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos, la oportunidad brindada a la medicina de familia de haber tenido este contacto con otros profesionales que piensan de la misma manera. Espero que haya más en el futuro.

No es justo que me olvide de mis compañeros de "la escuela biopsicosocial del Centro de Salud La Merced" Manuel Lubián López y María Jesús Gómez Salado, ni de los magníficos residentes que se sumaron a ella, con los que he tenido la oportunidad de enriquecerme divirtiéndome a través del pensamiento sistémico.

BIBLIOGRAFIA ELEMENTAL.

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1993). *Programa Docente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

DE LA REVILLA, L. (1994) *Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar*. Barcelona: DOYMA S.A.

ROGERS, J.C.; WALSH, L.M. (1994) "Systemic Thinking: How do we know it when we see it?". *Family Practice*, nº 11 (2), pp. 187-196.

SAULTZ, J.W. (1991) "La atención de salud centrada en la familia". En: TAYLOR, R.B. (1991) *Medicina de Familia. Principios y Práctica*. Barcelona: DOYMA S.A..

SMILKSTEIN, G. (1982) "The family in family medicine". *J.Fam.Pract.* nº 14, pp. 221-222.

EL INDIVIDUO	
ATENCION INTEGRAL	Supone considerar a la persona como una totalidad biológica, psicológica y social, valorando los tres aspectos frente a cualquier problema de salud.
ATENCION INTEGRADA	Supone abordar los problemas desde las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
ATENCION CONTINUADA	El médico de familia atiende a los pacientes a lo largo de toda su vida. Nunca da de alta, y sigue siendo responsable de la salud de sus pacientes aún cuando éstos sean temporalmente asistidos por especialistas hospitalarios.
LA FAMILIA	
CONOCIMIENTO ESTRUCTURAL	El médico de familia tiene entre sus responsabilidades profesionales explorar las características medioambientales y demográficas de las familias a su cargo.
CONOCIMIENTO LONGITUDINAL	Igualmente debe valorar los problemas de salud en el contexto de la fase del ciclo vital en que se encuentra la familia. En cada fase del ciclo vital la atención debe centrarse en aspectos concretos.
CONOCIMIENTO FUNCIONAL	También el médico de familia debe ser responsable de evaluar la función familiar, explotar los recursos familiares como arma terapéutica, y detectar la disfunción familiar. Debe además ser consciente de su propia función en el sistema.
LA COMUNIDAD	
ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA COMUNIDAD	El conocimiento de la situación de salud de la comunidad permite una adecuada planificación de las actividades del equipo de atención primaria.
PROGRAMAS DE SALUD	Los programas de salud comunitarios son los instrumentos por los que se desarrollan la mayoría de las actividades de prevención y promoción de la salud (vacunaciones, atención al embarazo normal, control del niño sano, etc.). Son además una privilegiada fuente de contacto con población sana, lo que contribuye a facilitar el conocimiento de las familias a lo largo de todo el ciclo vital.
PARTICIPACION	Actualmente la participación comunitaria es la gran asignatura pendiente de la atención primaria de salud. La atención primaria de salud ha sido engullida por los gestores, alejando progresivamente a profesionales y usuarios de la toma de decisiones.

Tabla 1.

LA INTERVENCION SISTEMICA EN ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

Inés Vicente Ruiz.

Diplomada Universitaria en Enfermería y Psicóloga.

Equipo de Salud Mental del Distrito Triángulo Interior de Vejer de la Frontera (Cádiz). Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

Cuando los organizadores de estas jornadas me ofrecieron la posibilidad de realizar esta comunicación tuve varias emociones contradictorias frente a las cuales he tenido que batallar durante todo este tiempo: por un lado la gratificación que suponía para mí una primera experiencia como participante en unas Jornadas de reflexión sobre el Modelo Sistémico, por otra parte experimenté pánico ante la idea de confrontarme con un auditorio especializado. En medio de este conflicto dije un sí que me fue resultando cada vez más pesado.

Espero que este auditorio sea benévolo conmigo y pueda perdonar mi atrevimiento por haber mordido el anzuelo que me tendió el sistema organizador. Espero que ustedes me acompañen en estos minutos y no sufran la decepción que supone no encontrar en mi discurso ningún modelo de intervención para aplicar a situaciones de enfermería psiquiátrica, pues mi intervención versará sobre el cuestionamiento de mi propia praxis como técnica sistémica.

Yo personalmente me daría por satisfecha si al final de este encuentro pudiera responder a la siguiente pregunta: ¿es posible una organización sistémica de los cuidados de enfermería en un equipo de salud mental público?, ¿están diseñados nuestros equipos de tal manera que posibiliten la intervención sistémica desde cualquiera de sus estructuras?.

Desde aproximadamente después de la II Guerra Mundial las enfermeras trabajamos integradas en equipos multiprofesionales compuestos por distintos técnicos que desempeñan roles específicos dentro de una organización. El rol genérico de la enfermería es proveer a los demandantes-pacientes de las capacidades necesarias para hacerse cargo de sus autocuidados o del cuidado de las personas que dependan de ellos. En psiquiatría la inmensa mayoría de las demandas podrían formar parte de este rango.

En el trabajo diario es conveniente efectuar diversas diferenciaciones de las necesidades del paciente para de esta manera mantener ocupados a los diversos técnicos del equipo.

Cada profesional del equipo ha adquirido una determinada formación y se desempeña con relativa facilidad en el manejo de uno o más modelos teóricos. Cada modelo tiene su propio lenguaje y es sustentado por una epistemología que a su vez determina las acciones que se van a realizar para llevar a cabo las observaciones e interacciones asistenciales.

Los diseñadores de nuestros equipos eran conscientes de la complejidad que entrañaba su objeto de trabajo: "el trastorno mental" y así pensaron que, si el trastorno mental era algo complejo, debía ser abordado por equipos igualmente complejos y se creyó conveniente

que un psiquiatra pudiera hacerse cargo del aspecto biológico, un psicólogo adscrito a alguna escuela psicodinámica o conductual abordara aspectos psicológicos, un asistente social se ocupara de la vertiente social y el equipo de enfermería tendría la misión de complementar a los otros profesionales en el sentido de proveer a los pacientes de las capacidades necesarias para mantener autocuidados al nivel del cuerpo, de la mente o de las personas que dependen de ellos.

Cada uno de estos profesionales tiene su modelo de intervención, todos igualmente legítimos y potencialmente eficaces. Pero: ¿cuál es el efecto de la yuxtaposición de los diversos modelos sobre el sistema demandante?, ¿cuál es la epistemología del sistema demandante?, ¿en qué lenguaje expresa su demanda y cómo afecta esto a los distintos profesionales?. Si cada uno de los técnicos percibe realidades distintas en función de sus modelos teóricos y entran en contacto con sistemas demandantes que tienen también su propio discurso de la realidad, ¿cómo es posible construir una realidad consensuada en semejante Torre de Babel?. Según las afirmaciones de Humberto Maturana, sólo a partir de una realidad consensuada puede existir un acoplamiento estructural de los diversos subsistemas, y por tanto, la creación de nuevas estructuras.

Las soluciones con las que disolver semejante enredo son muy diversas. Yo les hablaré de algunas que he observado y en las que he participado como enfermera.

Cada profesional pretende validar su modelo y está cegado para percibir sucesos que no están codificados en sus estructuras cognoscitivas. En este sentido, la posición de partida es la de una cierta "Hybris" de los modelos; nadie quiere renunciar a su forma de percibir y de interactuar con la realidad porque en ello entra en juego su sentimiento de identidad profesional y personal. El efecto de esta posición suele ser una cierta rigidez de las conductas y un predominio del error tautológico que ocasionará como resultado final una crisis en la comunicación del sistema terapéutico.

Las enfermeras de salud mental estamos abocadas por nuestra propia historia a realizar una función de puente entre el sistema demandante y los técnicos superiores. Por nuestra posición tenemos que atender tanto las demandas provenientes de los pacientes, como las de los técnicos superiores. Debemos ocuparnos de aquellos aspectos de la realidad que están siendo marginados por la incompatibilidad de los distintos discursos, tanto de los profesionales como de los usuarios.

En el Equipo de Salud Mental soy la encargada de atender gran parte de la demanda no programada que se realiza en el centro; generalmente urgencias, visitas domiciliarias, entrevistas de acogida, etc. En estos diversos contextos procuro realizar un encuentro comunicativo donde puedan emerger los distintos componentes del sistema social al que pertenecen las personas que realizan la demanda. Normalmente tengo que crear el campo donde se efectuarán intervenciones de los distintos técnicos superiores, psicólogos y psiquiatras. Cuando transmito mis observaciones procuro pintar un cuadro rico en matices donde no sea fácil renunciar a la policromía que encierra la vida. A pesar de todo, muchas veces tengo la impresión de no haber conseguido ser escuchada o no haber sido capaz de hacerme escuchar y en esos casos más que de realidad consensuada sobre la que poder trabajar para la creación de nuevas estructuras que favorezcan el crecimiento, tendría que hablar de sometimiento o acatamiento a la realidad de otro.

Como conclusión y respuesta a la pregunta: ¿son posibles los cuidados de enfermería organizados sistémicamente en un equipo de salud mental público?, he de decir que los distintos modelos teóricos en los que basar su acción los distintos profesionales, aspiran a contentar al sistema demandante con sus recursos exclusivos. Esto es viable en muchas ocasiones y es lo que mantiene la fe de los técnicos en sus modelos. Pero existe un número creciente de casos donde ello resulta insatisfactorio. En estas ocasiones se producen crisis en que los modelos son contestados por el sistema demandante y es precisamente en estos momentos cuando los distintos profesionales son permeables a las sugerencias que se puedan derivar de una orientación sistémica. En dichas situaciones se puede construir una formulación de la demanda consensuada entre técnicos superiores, usuarios y equipo de enfermería de tal forma que haga viable la realización de un contrato para proveer cuidados de enfermería con la garantía de que el marco y las fronteras sistémicas serán respetadas tanto por técnicos como por usuarios.

BIBLIOGRAFIA

CAILLE, P. (1990). *Familias y terapeutas*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

MATURANA, H. y VARELA, F. (1990) *El árbol del conocimiento*. Madrid: Ed. Debate.

ANDERSON, C. y STEWART, S. (1983) *Para dominar la resistencia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

OREM, D. (1983) *Normas prácticas en Enfermería*. Madrid: Ed. Piràmide.

KERSHAW, B, y SALVAGE, J. (1988) *Los modelos en Enfermería*. Barcelona: Ed. Doyma.

NOTAS PARA UN ABORDAJE SISTEMICO-RELACIONAL EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL

José Barrera Piñero.

Psicólogo y Psicoterapeuta de Familia.

Equipo de Salud Mental de Distrito de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

¿A qué nos referimos cuando hablamos de abordaje relacional-sistémico en su aplicación dentro de un Equipo de Salud Mental (ESM)?.

Antes de contestar la pregunta, conviene una aclaración: el término "relacional-sistémico" es una redundancia, sin embargo pone énfasis en que las relaciones configuran los nexos que le confieren identidad a un sistema; hablar de relaciones nos debe llevar a pensar en sistemas y viceversa, sin olvidarnos de que también estamos hablando del sistema observador y de la construcción que hace de la realidad observada.

Respondiendo a la pregunta, sugiero que estamos refiriéndonos al uso que un clínico o un terapeuta, trabajador de un ESM, hace de lo que llamamos modelo sistémico a la hora no sólo de intervenir con las personas que acuden a consultar, sino también cuando se sitúa en una posición particular dentro del sistema (ESM).

Para profundizar en estas ideas, necesito proponer previamente una definición de ESM. Podemos convenir que es un sistema, un tipo de organización, que se encuadra dentro de otro más amplio, y que agrupa a diversos profesionales que mantienen una cierta clase de relación que puede ser diferente en cada caso, cuya misión es dar una respuesta a las personas que han sido enviadas por entenderse que presentan problemas relacionados con la salud mental. Por lo tanto, se trata de un sistema humano que utiliza recursos principalmente humanos y que mantiene una relación de ayuda con los usuarios, es decir, con otro sistema, el que demanda.

Aunque se podrían ensayar algunas definiciones más, creo que ésta nos puede servir de punto de referencia para poder pensar en la aplicación de este modelo, el sistémico, en la elección que supone enfrentarse a la práctica clínica desde esta postura epistemológica.

Como clínico, elijo y desarrollo un conjunto de ideas y de prácticas que siguen un proceso de acomodación constante en mi evolución con el sistema (ESM). En mi caso, si bien tal elección es previa a la historia del ESM en donde trabajo actualmente y desde hace más de cinco años, no es ajena al campo de la psicología clínica y de la salud mental pública.

La interconexión observada entre los distintos profesionales del ESM en principio deriva de la elección de actuar en el campo de la salud mental y del hecho de trabajar en el mismo lugar. La diferencia entre epistemologías caracterizaría el tipo de interacción, pero presumiblemente lo haría en el sentido de no ser igual a la conexión que habría entre los miembros de un equipo formado en base a

presupuestos puramente sistémicos. Se da por supuesto que los factores históricos y de perspectiva futura personales y grupales estarían condicionando también el tipo de relación observable en un momento dado.

Actuar en el campo de la salud mental pública y, concretamente, en un dispositivo de atención ambulatoria, puede ser considerado como el interés común que une a los distintos integrantes del equipo y, por lo tanto, lo que caracteriza y define a la organización como tal, dotándola de identidad. Hacer algo que suponga dar una respuesta a las personas que nos presentan sus problemas, aun desde las diversas posiciones y funciones que desarrollan los miembros de la organización es lo que le da sentido al equipo. También la organización debe ser capaz de contemplar la diversidad de sus integrantes, sus distintos roles profesionales, que estarán en función de su formación y su historia. Tanto la ausencia del interés común como la inaceptación de la diversidad y de la singularidad tendrían como resultado la disolución de la organización como tal.

De estas cuestiones previas, podemos extraer que el clínico identificado con la epistemología sistémica abordará no sólo la realidad de los usuarios, sino también la propia y la del ESM, y cómo éste se inserta en la red de salud mental y sanitaria en general, puesto que estas realidades se encuentran en interacción y el modelo sistémico se preocupa por las relaciones y las interacciones de los sistemas.

Lo complejo de este planteamiento resulta de la asunción de que el terapeuta que observa y actúa tiene que usarse a sí mismo, apoyado en el propio modelo de comprensión o de conocimiento para aproximarse a las distintas realidades, incluida la suya propia. Como observador trataría de realizar una descripción de sí mismo en relación de pertenencia profesional a un ESM cuando interviene con pacientes y familias, ya sea para hacer terapia, o para intervenir de otros modos no definidos como terapéuticos. Más que considerar el análisis conjunto de estos aspectos como obstáculo para desarrollar nuestra práctica, debemos llevar a cabo dicho análisis como manera de aprender de esas realidades o sistemas interactuantes. Estamos hablando, por tanto, de realidades de influencia mutua, no independientes entre sí o aisladas. Según sea nuestra posición en ese campo de intersecciones realizaremos observaciones y descripciones diferentes y, por lo tanto, distintos intercambios con lo que nos circunda. No obstante, esto no quiere decir que el terapeuta tenga que estar computando todo a la vez, más bien el asunto consiste en estar en disposición de atender los distintos aspectos de la realidad en donde se mueve, no restringiéndola.

Precisamente, este es un punto importante que distingue las prácticas informadas por el modelo sistémico de otras prácticas con otros marcos teóricos de referencia.

Pero, ¿qué sucede en el momento de trabajar con familias o con pacientes. Por su parte, el usuario accede a consultar de diversos modos, produciéndose el encuentro en un momento de la trayectoria evolutiva de la organización. Se puede decir que en el devenir temporal, en un momento dado, hay personas que acceden por indicación y envío expreso del médico de cabecera o del pediatra; habrá personas que hayan sido animadas a consultar por pacientes o expacientes del equipo; otras vendrán después de saber de la existencia del mismo y quizás de alguno de los profesionales que lo componen y han querido consultar, otras serán enviadas después de ser atendidos en un

servicio de urgencias, etc. La experiencia de los encuentros con las personas y su significado, empezarán a formar parte de la historia del dispositivo. Curiosamente, al igual que sucede con las vidas de las personas que nos consultan, el equipo puede resaltar en su discurso los casos difíciles o problemáticos, los que introducen estrés y, a veces, se cae en una dinámica que no facilita el despliegue de posibilidades.

En cualquier caso, la forma de acceso debe ser estudiada si queremos empezar la relación con el usuario sabiendo qué nivel de reflexión está presente en esa persona a la hora de plantearse una consulta, pues este análisis nos ayudará a entender mejor de quién se trata y, posteriormente, a aventurarnos en las conversaciones que sintonicen con la persona y no únicamente en las que proponamos nosotros.

Es importante que nos preguntemos cómo conversar con las personas que han acudido, sin olvidarnos de la muy probable conexión con el problema presentado. Conviene que nos preguntemos si los planteamientos que hacemos a la familia o la persona están demasiado alejados de los suyos o no. Puede ser útil preguntarse cómo despertar el interés de aquellas y cómo poderlo enlazar con nuestra curiosidad por sus relaciones. Es muy probable que esto pase por la formulación de algunas preguntas que la familia habitualmente no se hace, preguntas que incitan a la reflexión, a revisar el significado de las experiencias, a trazar distinciones entre las percepciones de las personas, al planteamiento de alternativas al estancamiento. Quizás convenga también hacer preguntas en las que se introduzcan elementos provenientes de las diversas realidades en juego no sólo para no olvidarnos de la situación sino también tratar de entender cómo se sitúa la familia en el proceso de consultar.

Antes de terminar, me gustaría plantear algunas consideraciones específicas sobre mi labor terapéutica. En primer lugar, quiero introducir la idea de que trabajar de un modo sistémico no implica trabajar con equipo terapéutico, ni en coterapia. En mi caso soy el único clínico adscrito al modelo sistémico y ello no me deja otra opción que organizar la conducción de las sesiones de modo autónomo. Esto no significa que en determinadas ocasiones no cuente con alguien para determinar una intervención, y de hecho lo hago y trato de compartir mi punto de vista con los demás. Como nota a pie de página diré que en cierto sentido me gustó escuchar a E. Goldbeter, que recientemente ha dado un seminario clínico en el Puerto de Santa María, argumentar cómo ella trabajaba sin equipo terapéutico debido a la dificultad para encontrar otros terapeutas cuyos pensamientos pudieran sintonizar con los de ella, a la vez que señalaba que su modelo sistémico le permitía prescindir de otros colegas terapeutas para trabajar con las familias. Pero, al mismo tiempo, he de reconocer que en charlas con otros colegas, he comentado la necesidad que he sentido a veces de poder contar con la ayuda de otro terapeuta.

La segunda consideración que me gustaría hacer es que trabajar de este modo no significa que no tengo en cuenta las interacciones que se producen entre los distintos miembros del ESM y con lo que sucede fuera de la consulta. De hecho, si no son demasiadas, agradezco las interrupciones. Esto es algo difícilmente aceptado desde otras perspectivas teóricas, sin embargo, pienso que más que con éstas tiene que ver con la disposición personal. En mi experiencia, las familias no se molestan si se producen interrupciones, incluso pueden agradecer el receso. Una cuestión que me interesa destacar es que las relaciones

intrasistémicas y los patrones organizacionales (las descripciones que hago de ellos) determinan en cierto modo el desempeño de mi actividad y, a la vez, tener en cuenta estos elementos me ayuda a co-construir la relación terapéutica con las familias o pacientes sin sentirme contaminado o atado. Quizás conviene, en este punto, llamar la atención sobre una distinción entre los modelos causalistas y los modelos relacionales: los primeros inspirarían una relación terapéutica basada en la falacia epistemológica del experto que "sabe" cómo son las cosas y que únicamente necesita de su propio conocimiento, independiente del entorno, el cual es usado para imponer un criterio o para competir en función del mismo. Por su parte, los modelos relacionales de segunda generación contemplan las múltiples versiones acerca del mundo que se pueden plantear en la relación terapéutica y entienden que el proceso de resolución de problemas depende del diálogo facilitado en el contexto terapéutico, promoviendo la corresponsabilidad entre familia y terapeuta. Y, para que esto pueda darse, no puede obviarse el diálogo interno en el que están presentes elementos de la experiencia como terapeuta en la relación con su entorno directo de trabajo.

Un terapeuta que mantiene una relación profesional con sus pacientes no solamente no es independiente de esos pacientes en sus observaciones, sino que tampoco lo es de su contexto de trabajo, entre otras cosas. A propósito de esto recuerdo el comentario de un paciente al hablar de que aunque no le gustaba su situación actual, reconocía que un año antes se sentía peor: "La doctora que lo sustituyó a usted el verano pasado se asustó porque le dije que estaba pensando en tirarme del camión, o romperme un brazo, o hacerme algo, para estar un tiempo de baja. Reconozco que llegar al trabajo después de una guardia y encontrarse con alguien que dice esto puede asustar". Otro ejemplo ilustrativo puede ser cuando le comento a una familia: "Hoy he tenido un día ajetreado, quizás necesite por su parte que se esfuercen especialmente para prestarme su ayuda."

La tercera consideración es una proposición que deriva de la segunda y no me extenderé. Se trata del papel que juega la persona del terapeuta en cuanto sujeto que conoce, piensa, siente y actúa que se ensambla con otras personas que conocen, sienten, piensan y actúan. Estar abierto a, o conectar con, estos elementos personales va a resultar muy productivo para consolidar la relación terapéutica y para que tanto la familia como nosotros saquemos provecho.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSEN, T. (1994). *El Equipo Reflexivo*. Barcelona: Ed. Gedisa.

ELKAÏM, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.

GOLDBETER, E. (1994). "Seminario Teórico- Práctico de Supervisión en Terapia Familiar". Seminario realizado en el Puerto de Santa María (Cádiz) en Septiembre de 1994.

MALDONADO, I. (1993). "Curso Intensivo de Terapia Familiar". Fruto de su participación en Pittsfield (MA) en Julio-Agosto de 1993.

MATURANA, H.;, VARELA, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.

CONCEPTUALIZACION SISTEMICA DEL TRABAJO EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE SALUD MENTAL DE SEVILLA

Sebastián Girón García.

Médico y Psicoterapeuta de Familia.

Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Sevilla.

Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.).

INTRODUCCION

La creación de instituciones terapéuticas de ingreso se inscribe en el movimiento iniciado en los años 40 y 50 de buscar un sentido realmente terapéutico al internamiento de los pacientes mentales graves en los manicomios. Y este movimiento surge de la comprensión de que los manicomios no sólo no "curaban" a los pacientes sino que, habitualmente, añadían secuelas que, en sí mismas, llegaban a constituir el factor de rémora más importante para la cura. Entendemos que la aparición del movimiento dinamicista del inconsciente con Freud a principios de siglo contribuyó a que algunos clínicos cuestionaran los pronósticos y las terapéuticas utilizadas hasta entonces en las enfermedades mentales más invalidantes. Y se inaugurara una conceptualización de la enfermedad mental y del enfermo basada en una posición de comprensión del proceso enfermante y al mismo tiempo de sus posibilidades de cura. Cura imposible en hospitales donde el objetivo de mantener al paciente ingresado con carácter custodial o de contención traducía la ideología reinante de que la enfermedad mental era incurable y de que los enfermos eran peligrosos sociales. El estudio paulatino de los factores yatrogénicos introducidos por el hospital psiquiátrico (1), la aparición de lo que se ha llamado la Psiquiatría Social, el descubrimiento de los psicofármacos y de otras técnicas de tratamiento (como las terapias individuales, grupales y familiares) en los 50, son elementos determinantes de ese movimiento de desmantelamiento de los manicomios tradicionales. Pero hasta que llega este momento se comienzan a introducir algunos factores correctores: por ejemplo, la idea bastante extendida ya de que las Altas deben ser rápidas y los pacientes continuar sus tratamientos en su medio desde una atención ambulatoria, evitando por todos los medios el aislamiento y la segregación, y el intento, también iniciado en los años 40 de convertir el Hospital Psiquiátrico en una Institución realmente Terapéutica. Es en este intento donde se encuadra la aparición de lo que llamamos Comunidad Terapéutica de Salud Mental.

La Comunidad Terapéutica aparece así dentro del campo de la Psiquiatría Comunitaria como un instrumento de abordaje de los pacientes con situaciones psicopatológicas más graves, es decir, los "condenados" al manicomio.

Un breve recorrido histórico nos ayudará a situarnos frente a las ideas que sustentan la Comunidad Terapéutica. En los años 30 aparece como nueva tendencia psiquiátrica la Psiquiatría Social cuyo objeto de atención es la consideración del hombre como un ser social en relación con los otros. Burrow (2) pensaba que al individuo enfermo no podía separársele de su propio organismo social, elaborando una técnica para el análisis de grupos. Sullivan (2) realizó profundos avances en la

utilización del ambiente social para el tratamiento de las psicosis. Se percató de que una institución, funcionando como un organismo social podía modificar terapéuticamente al individuo si este forma parte activa del mismo, idea que puso en práctica fundando una sala experimental donde creó grupos mixtos de psicóticos y normales al objeto de que éstos se introdujeran terapéuticamente en la vida de los enfermos psicóticos.

Pero hasta la década de los 40 no se configura la idea de Comunidad Terapéutica. Thomas Maine (3) comienza a hacer participar a los pacientes psicóticos en los aspectos administrativos de la conducción de hospital, institucionalizando un cogobierno constituido por pacientes y personal. Sostiene que para que un hospital se transforme en una comunidad terapéutica debe crear las condiciones de máxima participación de todos sus miembros en la vida de la institución. Maxwell Jones (4) en 1.952 fue el que popularizó el término "Comunidad Terapéutica" (Cito entrecomillado textualmente):

"Parecería que en algunas, si no en todas, las condiciones psiquiátricas, podemos aprender mucho observando al paciente en un medio social relativamente ordinario y familiar, de tal manera que podamos advertir sus formas usuales de relacionarse con otras personas. Si al mismo tiempo puede hacerse tomar conciencia del efecto de su comportamiento sobre otras personas y comprender algunas de las motivaciones que determinan sus actos, la situación es potencialmente terapéutica".

Así Jones postula que todo cuanto acontece y como acontece forma parte del tratamiento. En definitiva, la Comunidad Terapéutica es un intento histórico de crear un medio social que impida o disminuya los efectos negativos del sistema tradicional manicomial. Y, añadiríamos nosotros, de facilitar la realización de programas de tratamiento realmente eficaces.

La idea de la Psiquiatría Social sobre la C.T. es la de que una institución psiquiátrica es una comunidad, un lugar donde hay gente que vive y trabaja, mejorando y normalizando la forma de vivir de los pacientes.

Queremos por último en esta sucinta exposición sobre la historia de la C.T. citar la experiencia, más cercana en el tiempo, de García Badaracco (5) en Argentina. Para este autor, la C.T. es "una forma muy especial de terapia por el "medio", en la cual la estructura social total de la institución esté incluida en el proceso terapéutico. Estaría organizada y se desarrollaría para hacer utilizables como terapéuticas todas las relaciones y todas las actividades en la vida del paciente. La C. T. se basa en la premisa de que un pabellón psiquiátrico u hospital es un sistema social. Se trata de utilizar al máximo este sistema así como a sus componentes -el personal y la comunidad total del hospital- para modificar el comportamiento del paciente de tal manera que sea capaz de organizar su vida y sus relaciones personales de un modo constructivo". La perspectiva psicoanalítica desde la que trabaja el autor no le impide, sin embargo, la utilización de diferentes recursos terapéuticos, como el abordaje grupal -tanto terapéutico como ocupacional-, el familiar y el individual, "los pacientes y el equipo realizan en gran medida experiencias terapéuticas compartidas que permiten conservar la continuidad del proceso como memoria grupal y que van desarrollando a través de su historicidad, la comunidad terapéutica como continente. Se enfatiza la coterapia y el trabajo en equipo, con el objeto de tener siempre presente la dimensión familiar y la triangulación

edípica". Badaracco sostiene que para que se de un proceso terapéutico en estas condiciones, la institución indefectiblemente adquirirá una estructura "multifamiliar", desarrollando su funcionamiento sobre un trípode que incluye: la integración de diferentes recursos terapéuticos; el trabajo en equipo y la coterapia. La C.T. deberá funcionar como una familia sustitutiva o transicional durante el proceso terapéutico, capaz de generar un ambiente emocional de seguridad donde las múltiples interacciones permitan la realización de experiencias enriquecedoras de la personalidad y el consiguiente desarrollo de recursos yoicos, cuya carencia o déficit es una de las características de la enfermedad mental.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE SALUD MENTAL DE SEVILLA

Para poder exponer el trabajo que desde la perspectiva sistémica hemos realizado en la C.T. de Sevilla es preciso hacer una breve descripción en lo referente a aspectos tales como los elementos o componentes del sistema y algunas características de su funcionamiento.

La C.T. es un dispositivo de internamiento para pacientes psicóticos que no pueden realizar procesos de tratamiento en sus ambientes sociales y que no responden a las hospitalizaciones en Unidades de Agudos o en Unidades de Rehabilitación. En parte, el campo de trabajo de la C.T. viene definido por lo que oficialmente se llaman unidades de hospitalización activa de media-larga estancia (frente a las hospitalarias que serían de corta estancia).

Como ya hemos mencionado la Comunidad Terapéutica es un recurso público puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud dentro de la red asistencial diseñada para atender los problemas de salud mental. Forma parte del tercer nivel asistencial, junto a las unidades hospitalarias, las de rehabilitación de área y las de salud mental infantil. Ello determina que los pacientes ingresados procedan siempre del segundo o tercer nivel a través de derivaciones. Cuenta con un máximo de 15 camas para ingresados y también se atienden hasta 8 pacientes en régimen de unidad de día.

El objeto de trabajo de la Comunidad Terapéutica está constituido por un grupo de pacientes caracterizado por presentar trastornos en el área de las psicosis, de forma crónica y en los que han fracasado diferentes intentos de abordajes terapéuticos. En un estudio realizado por nosotros (6) describimos el perfil socio-asistencial de los pacientes atendidos hasta aquel momento: pacientes de entre 22 y 32 años, varones, mayoritariamente esquizofrénicos, con una media de 10 años de evolución de la enfermedad, que tenían un promedio de 6 ingresos previos en unidades hospitalarias, con un tiempo promedio de estancia durante el último ingreso de 13 meses. Los pacientes conviven dificultosa-mente con su familia de origen (60 %) donde suele haber patologías mentales concurrentes como toxicomanía/alcoholismo y/o psicosis (56 %). Como dato de integración social previa, la mayoría de los pacientes (el 60 %) no habían trabajado antes de comenzar el proceso morboso (aunque este dato, enmarcado en la actual situación laboral del país no resulta especialmente significativo).

Son atendidos por profesionales que funcionalmente constituyen dos grupos: el de los terapeutas, formado por los técnicos superiores (2 psiquiatras y 3 psicólogos) y el del personal que cuida de los pacientes, formado básicamente por enfermería, terapeutas

ocupacionales y monitores. Además cuenta con una unidad administrativa.

La diferente formación técnica de los terapeutas ha introducido un factor importante en el trabajo terapéutico: puesto que sobre un mismo paciente inciden diferentes técnicas se hacía preciso llegar a algunos acuerdos que han funcionado de forma tácita. Podríamos resumir los elementos de tal acuerdo en: un cuidadoso respeto por las diferentes técnicas; un diálogo continuo sobre los pacientes y sus planes de tratamiento; la idea no expresada explícitamente de que hay situaciones en las que parecen más indicadas unas técnicas que otras; y el punto de vista compartido por todos de que con los pacientes psicóticos es necesario emplear, estructuradamente, los recursos que en cada momento puedan aportarle un mayor beneficio. Así, han "coexistido", aunque con algunas dificultades comprensibles por la diferente naturaleza de los abordajes, la técnica psicodinámica, la gestalt, el psicodrama y la sistémica.

Sin embargo, para que podamos tener "caso" desde una perspectiva estrictamente psicoterapéutica, es preciso contar con el hecho de que los pacientes psicóticos presentan una grave dificultad para crear y mantener vínculos estables y terapéuticos. Dicha dificultad se vislumbra en los tempranos abandonos de tratamiento, la escasa adherencia al mismo, los problemas para darle continuidad fuera de la institución, el establecimiento de relaciones de dependencia sumamente simbióticas con algunos profesionales, etc. Ello constituye uno de los primeros problemas con el que hemos de enfrentarnos en el tratamiento.

Una vez el paciente ingresado, es decir, establecida con cierta garantía la posibilidad del vínculo, el objetivo del tratamiento es conseguir que comience a adquirir y desarrollar sus potencialidades personales a través del trabajo que se puede realizar: observando su estilo de interactuar con los demás (pacientes y trabajadores); diseñando estrategias que intentan modificar las interacciones disfuncionales; acompañándolo en la asunción de responsabilidades de la vida cotidiana; y ayudándole, en definitiva, a elaborar el significado de sus comportamientos sintomáticos y resistenciales puestos en evidencia en el aquí-ahora de la institución.

Un último aporte que sustenta la intervención desde lo sistémico, viene dado por la evidencia de que las mejorías de los pacientes están relacionadas a su estancia en la institución, donde a partir de una relación transferencial masiva han podido ir desarrollando sus capacidades yoicas (5) sirviéndose para ello de referentes parentales "saludables". Trabajo que perdería fuerza en el momento en que se produce el regreso a su medio ambiente familiar habitual de no haber incluido en el proceso de tratamiento a la familia. Nuevamente la técnica sistémica encuentra aquí su campo de trabajo en la Comunidad Terapéutica.

LA PRACTICA SISTEMICA EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DESALUD MENTAL DESEVILLA

El bagaje conceptual de la teoría sistémica explica de forma suficientemente amplia y rica en observaciones y experiencias que el comportamiento psicopatológico responde a una disfunción comunicacional y estructural de las relaciones de un grupo. Y en el caso de las Psicosis Esquizofrénicas estos problemas se suscitan en el momento del ciclo vital familiar de la individuación y de la desvinculación (7, 8, 9, 10, 11 y 12). A partir de aquí cobra sentido terapéutico la idea de que la intervención debe abarcar no solo al

paciente sino a toda la familia, apuntando, precisamente al desbloqueo de la situación de dependencia patológica como objetivo del tratamiento.

De cara a poder exponer el trabajo realizado desde nuestra óptica en la C.T. de salud mental, hemos dividido el campo de trabajo en tres subáreas: la referida al grupo de la C.T. como tal, la relacionada con el ingreso de los pacientes y por último la directamente vinculada al tratamiento familiar.

A) El trabajo grupal desde el enfoque sistémico.

Nuestra corta experiencia ha visto corroborada alguna de las impresiones descritas por G. Badaracco acerca de que la *"Comunidad Terapéutica se comporta como una familia sustitutiva que debe proveer el alimento afectivo, modelos de identificación y la estabilidad necesaria para que el enfermo mental pueda recorrer y realizar su proceso terapéutico"* (5). La Comunidad Terapéutica al reproducir el medio ambiente familiar va a verse abocada, necesariamente, a actualizar los conflictos del paciente con sus padres reales de forma que tal conflictividad induce en el ambiente de la C.T. una dinámica disfuncional al reproducir en ella el paciente su modelo habitual de relación. Igualmente, cuando surgen tensiones en el equipo de profesionales que no son afrontadas convenientemente, suelen traducirse en comportamientos psicopatológicos de los pacientes del mismo modo como los problemas conyugales son vehiculizados a través del paciente en una familia de transición psicótica. Stanton y Schwartz (citados por G. Badaracco)(5) en 1.954 observaron que los fenómenos de agitación y las conductas disociadas en pacientes mentales ingresados en hospitales psiquiátricos, eran la resultante de conflictos que tenían lugar entre los miembros del equipo responsable. Propusieron la hipótesis de que la disociación del enfermo es la repercusión en el paciente de un campo social gravemente dividido y al mismo tiempo era su modo de participación en él. Así, las disociaciones no serían fenómenos exclusiva-mente determinados por la psicopatología desde adentro, sino fuertemente influidos, desde afuera, por la estructura del grupo. Creo que estas últimas afirmaciones dan solidez teórica a nuestra experiencia de que la Comunidad Terapéutica, al comportarse como un sistema similar a una amplia familia sustitutiva está sujeta a ser estudiada, analizada e intervenida desde la óptica aportada por la conceptualización sistémica.

A este respecto y junto al análisis de grupo desde perspectivas dinámicas o psicodramáticas, el pensamiento sistémico nos ha sido útil para aclarar cuestiones relativas al desarrollo y función de determinados síntomas, así como su correlato con la dinámica del grupo de pacientes y del equipo terapéutico. Hemos analizado los comportamientos psicopatológicos en relación al momento y a la estructura grupal. Cabe señalar que tales comportamientos han oscilado entre dos extremos en su repercusión sobre el grupo: una suma pasividad, inhibición y aislamiento, y su expresión opuesta, es decir, una suma actividad evidenciada por el delirio incohercible o la agresividad (auto o heterodirigida). Hemos observado asimismo que los síntomas en el contexto grupal y en la convivencia cotidiana cumplen una función homeostática a través, de al menos, dos mecanismos: 1º) La modificación de la distancia y la frecuencia de las interacciones y 2º) la distracción de la atención grupal de un foco de tensión.

Ambos mecanismos son puestos al servicio de bloquear la tendencia o temor del grupo a su disgregación o destrucción, es decir, la ruptura del sistema total de la Comunidad Terapéutica (incluyendo por supuesto el temor referido al desenlace de los conflictos naturales del equipo terapéutico).

El primero de los mecanismos que citamos puede evidenciarse, por ejemplo, a través de un paciente que tiene habilidades para resolver determinado tipo de tareas o problemas. De pronto, el paciente se convierte en un inútil/inválido que precisa que le atiendan absolutamente en todos los ámbitos de su vida, so pena, de no responderle, de llegar hasta las últimas consecuencias del autoabandono. El mensaje es recibido por todo el grupo, que pone en marcha una respuesta donde las interacciones entre los miembros entre sí y el sintomático son más frecuentes y más cercanas. Al mostrar el paciente como síntoma su fuerte necesidad de dependencia, invita al entorno a cubrir esa necesidad, retroalimentándose el comportamiento de dependencia patológica. La tendencia o temor a la disgregación grupal se verá bloqueada y sustituida ya por un sufrimiento ligado a la imposible tarea de satisfacer la demanda de dependencia extrema, todo ello en beneficio de la estabilidad momentánea del grupo.

El segundo de los mecanismos que hemos observado se pone en marcha, generalmente, en momentos de enorme tensión no verbalizable entre los pacientes o los profesionales donde el comportamiento psicopatológico está puesto al servicio de "distraer" a los contendientes de un posible enfrentamiento o de la elaboración de una pérdida. Este mecanismo, a través de la disociación o de la violencia, consigue bloquear la tensión o desplazarla de foco.

Una vez comprendido y contextualizado el comportamiento y su función, no resulta difícil diseñar intervenciones destinadas a permitir la resolución de los conflictos grupales desde posiciones no sintomáticas. Estrategias, señalamientos, metáforas o prescripciones paradójales, ayudan a devolver al grupo a una posición de trabajo creativa, enriquecedora y conectada a la realidad. La elección del tipo de intervención dependerá del síntoma, del paciente, del momento grupal y de los profesionales involucrados.

Antes de concluir este apartado, queremos señalar la importancia del trabajo en equipo de los terapeutas. Los síntomas de los pacientes guardan una estrecha correlación con la disfuncionalidad del equipo de trabajadores: mensajes contradictorios, enfrentamientos soterrados por cuestiones de prestigio y liderazgo, tendencia a utilizar al paciente como objeto -de prestigio, de agresión, etc.-, dificultan enormemente o imposibilitan el proceso terapéutico. Debido a que estas cuestiones forman parte de la naturaleza de las relaciones es preciso que el equipo terapéutico tenga espacios para discutir, confrontar y decidir las intervenciones más eficaces, cuidando para ello, como algo imprescindible, el clima de diálogo.

B) El trabajo sistémico en el inicio de tratamiento en la Comunidad Terapéutica.

En un trabajo anterior nuestro (14) hemos abordado en profundidad el problema suscitado por las derivaciones realizadas por los profesionales a la C.T. Quizá sea este uno de los puntos fundamentales donde la perspectiva sistémica, desde la que trabajamos, ha aportado un mayor grado de comprensión de los mecanismos por los cuales se produce una derivación, las resistencias con que se presenta y las

estrategias más eficaces para su abordaje. El análisis de la demanda desde nuestra óptica introduce una sistematización completa y compleja sobre qué determina una petición así como las fórmulas más adecuadas para conseguir un inicio de tratamiento.

Como decíamos al principio, la psicosis afecta gravemente la capacidad de las personas para crear y mantener vínculos terapéuticos estables. Por tanto, un objetivo de entrada del tratamiento es lograr que el paciente, y añadiríamos su familia, se vinculen de forma estable al tratamiento. Un segundo problema es que los pacientes acceden al tratamiento en comunidad terapéutica por indicación de otro profesional. Es decir, por la necesidad del profesional que hasta ese momento lo está atendiendo. Subrayamos ahora lo de "necesidad del profesional" porque entendemos que esta es una de las claves para lograr el objetivo marcado de vincular al paciente de forma estable al tratamiento ya que, habitualmente, la demanda del profesional va formulada como "este paciente necesita de la Comunidad Terapéutica" en un contexto de asistencia donde es muy difícil analizar qué motiva, realmente, esa necesidad. Nuestra idea es que lo que puede vincular sólidamente al paciente y a su familia al tratamiento son sus propias necesidades, que por tanto hay que "disecar" de las que el profesional presenta en el momento en que nos realiza la demanda. Esto es de enorme importancia porque el paciente psicótico no suele hacer demanda relacionada con un tratamiento o cura (y a veces la familia a la que pertenece, tampoco). Es evidente que esto no significa que carezca de necesidades básicas de cuidados y tratamiento, sino de la dificultad que imprime el padecimiento de la psicosis a que el paciente las pueda explicitar. Dichas necesidades se manifiestan en su comportamiento, que es "leído" por su entorno inmediato, la familia, quien sí puede formular una petición. Preferimos hablar entonces de **situación psicótica**, entendida ésta como aquella en la que hay un paciente psicótico y un grupo de referencia a su alrededor, que genera una serie de necesidades que pueden expresarse de forma desordenada o incoherente y que traducen situaciones personales y sociales graves, complicadas por las dificultades del paciente para crear y mantener vínculos terapéuticos. Y en el grupo de referencia incluimos no sólo a la familia, sino también a las personas o instituciones que se involucran en el caso desde la angustia que les genera la propia situación. En nuestro estudio, encontramos que la demanda de los profesionales se produce en el momento en que han comenzado a formar parte de la "situación psicótica", es decir, de ese sistema amplio que funciona con las mismas reglas y características con que lo hace el grupo de pertenencia del paciente, su familia. Vimos así como tales profesionales se encontraban en un sistema terapéutico en posición homeostática con la familia. Cuando al principio de trabajar en la C.T. no tomábamos en consideración la posición del derivante en la demanda se producían muy pocos ingresos y, de los ingresados, muchas altas voluntarias o abandonos de tratamiento. Resultó fundamental analizar las demandas para poner en su lugar las necesidades del paciente y su familia y las de los derivantes, que se comportaban, a efectos de la petición, como un miembro más de la familia. Descubrimos así, que los profesionales que nos demandaban oponían una cierta resistencia al cambio, que entendimos como esa participación activa, comprometida y homeostática con la familia del psicótico. El abordaje de tal resistencia, que se manifestaba de forma implícita, tenía que ser el primer objetivo del trabajo, para que, convenientemente desactivada, posibilitara que pudiéramos construir un nuevo sistema con potencialidad terapéutica. Así, nos percatamos de que la demanda del psicótico, su familia o el profesional, no era un mecanismo "perverso" expresamente elaborado para confundir la respuesta, sino más bien la característica que nos hablaba de cómo el síntoma no era

individual ni aislado, sino que se presentaba en un contexto perteneciente a un sistema interaccional donde ese síntoma tenía un sentido. Un segundo hallazgo importante consistió en darnos cuenta de que nuestra posición, las expectativas del derivante sobre nosotros y nuestro trabajo con los psicóticos, influía directamente en la forma en cómo se expresaba la resistencia de entrada. Al mismo tiempo nos percatamos que con tal posición podíamos retroalimentar tal resistencia. Y por ende, la de la familia (este problema nos ha introducido en un campo interesantísimo en el que no vamos a entrar en este momento: el del análisis de la oferta).

Queremos hacer hincapié en la importancia de situar a la familia como verdadera artífice de los cambios que tiene que producir para sostener la evolución y el proceso del paciente hacia la cura. Es preciso que esté activa y activada como única garantía de que el paciente logre hacer un tratamiento. Para conseguirlo utilizamos el trabajo de análisis de la demanda, primero del derivante y, posteriormente, de la familia.

Una vez realizado el trabajo de análisis de la demanda con el derivante, bloqueada la resistencia inicial, nos aseguramos de alguna forma de que hay una cierta adherencia al tratamiento que sostendrá los vaivenes lógicos por los que habrá de atravesar. El paciente estaría ingresado y comenzaría su proceso terapéutico en la C.T.

C) La intervención familiar desde la óptica sistémica en la C.T.

Constituye un eje fundamental del tratamiento de la psicosis en nuestra Comunidad Terapéutica hasta el punto de que la participación de la familia en el proceso es una condición imprescindible para ingresar a un paciente en la C.T. A mi juicio en el trabajo familiar en Comunidad Terapéutica hay un primer problema de orden: ¿Hacemos tratamiento de familia o no?. Para hacernos esta pregunta partimos de dos hechos: la familia demanda tratamiento para uno de sus miembros (aunque cada uno tenga su particular idea sobre lo que es tratamiento); al ingresar a tal miembro en la C.T. damos por buena la versión que nos plantea la familia de que, el verdaderamente culpable o enfermo, es el paciente identificado. Es decir, confirmamos, implícitamente, que el paciente es el problema y por tanto es el foco de atención y de cambio. Así, la intervención, que yo no denominaría en sentido estricto Terapia Familiar, se centra en la proposición de que hay alguien disfuncional que debe de ser cambiado. Planteado de esta forma resulta más que difícil proponer cambios en la familia si no utilizamos algún tipo de "artilugio" que, confirmando la proposición familiar -él es el enfermo- permita, sin embargo, que la familia pueda hacer algunos cambios. Para ello no dudamos en aceptar que el enfermo deberá realizar determinados esfuerzos por cambiar, pero para conseguirlo será imprescindible la ayuda familiar. Los cambios que se irán produciendo en la familia estarán al servicio de "ayudar" a la mejoría del paciente. Y la mejoría estará vinculada a la posibilidad de que adquiera responsabilidades sobre sus actos y, en definitiva, autonomía. Dentro del plan de tratamiento contamos con las salidas programadas del paciente a su domicilio de donde obtendremos el material de trabajo para las sesiones y hacia donde dirigiremos nuestras intervenciones. La técnica de trabajo familiar consistirá en llegar a acuerdos y/o seguir nuestras prescripciones, con la idea de que a través de ellas la familia consolidará algunos cambios.

Nos hemos dado cuenta que en las condiciones en que trabajamos es imposible afrontar una desfocalización desde el sujeto sintomático al

resto de la familia. No porque esta no se produzca a lo largo del tratamiento sino porque, estando ingresado el paciente, recurrirá más fácilmente a ofrecer su síntoma como homeostato en los momentos de tensión o posibilidad de aparición franca de la conflictiva familiar. Por tanto, el abordaje familiar tendrá como objetivo conseguir un nivel de vinculación y de activación familiar suficiente que sirva para sostener, en el momento del alta de ingreso, la mejoría del paciente y la posibilidad de realizar un tratamiento familiar.

Nos extendemos menos en este apartado por cuanto nuestra práctica terapéutica familiar sigue los cánones habituales y generales para este tipo de trabajo: sesiones programadas; trabajo de búsqueda de hipótesis sobre la función del síntoma; prescripciones reestructurantes o metafóricas, muy ocasionalmente paradójicas; trabajo sobre las resistencias: ausencias, dramatizaciones, urgencias, etc.

Por último, la experiencia de aprendizaje de la Comunidad Terapéutica ha resultado estimulante y apasionante. Alguno de los resultados obtenidos permiten asegurar que es un medio muy adecuado para el tratamiento de pacientes psicóticos. En el futuro habrá que ir perfilando qué elementos han resultado sustanciales en los procesos terapéuticos exitosos. Y estamos convencidos que la aportación de la conceptualización sistémica será, sin lugar a dudas, uno de esos elementos.

BIBLIOGRAFIA

1. RUSSELL BASTON: *"La neurosis institucional"*. 4ª Edición, 1.970. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
2. FREEDMAN A., KAPLAN H., SADOCK B.: *"Tratado de psiquiatría"*. Salvat editores, Barcelona 1.982.
3. MAINE T.: "El concepto de Comunidad Terapéutica: variaciones y vicisitudes". *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo*. Monografía nº 1 : Comunidad Terapéutica y/o Terapia de la Comunidad. 1.991.
4. MAXWELL J.: *"Psiquiatría Social"*. Ed. Escuela, Buenos Aires, 1.962.
5. GARCIA BADARACCO J.E.: *"Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar"*. Ed. Tecnipublicaciones S.A. Madrid. 1.990.
6. GIRON GARCIA S., LEON MAQUEDA A., RINCON REVUELTA A.: "La Comunidad Terapéutica de Sevilla: dos años de funcionamiento". (En prensa).
7. JACKSON D.D., BATESON G., FRY W.F., HALEY J., KANTOR R.E., RISKIN J., SATIR V., WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H.: *"Comunicación, familia y matrimonio"*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.1.984.
8. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *"Paradoja y contraparadoja"*. Ed. Paidós. 1ª Edición. Barcelona 1.988.
9. HALEY J.: *"Terapia para resolver problemas"*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1ª Edición. 1.980.
10. SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M.: *"Los Juegos Psicóticos en la Familia"*. Ed. Paidós. Barcelona. 1ª Edición, 1.990.

11. CANCRINI L.: *"La psicoterapia: gramática y sintaxis"*. Editorial Paidós. 1ª edición. Barcelona, 1991.
12. BOWEN M.: *"De la familia al individuo"*. Ed. Paidós. 1ª edición. Barcelona, 1.991.
13. WATZLAWICK P., BEAVIN BAVELAS J., JACSON D.D.: *"Teoría de la comunicación humana"*. Ed. Herder. 7ª Edición. Barcelona 1.989.
14. GIRON GARCIA S., LEON MAQUEDA L.: *"Descripción de las demandas realizadas por los derivantes a la Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Sevilla"*. Comunicación presentada al V Congreso Andaluz de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, 1.994.

CRONICIDAD PSIQUIATRICA: ¿ES POSIBLE OTRA NARRATIVA?

Pedro Vega Vega.

Psicólogo y Psicoterapeuta de Familia.

Unidad de Media Estancia de Psiquiatría. Hospital Civil de Málaga.

Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

Mi actual lugar de trabajo es la Unidad de Media Estancia de Psiquiatría de Málaga. Se encuentra ubicada en el Hospital Civil de Málaga y su objetivo es trabajar con pacientes que aunque han superado su fase aguda, su situación psicopatológica y su contexto socio-familiar dificultan su retorno a la comunidad.

Traducido significa:

- Más o menos la mitad de los pacientes, unos diez, proceden del antiguo Psiquiátrico y no han sido externalizados o han fracasado los intentos de externalización; o también que hayan perdido el soporte social que los mantenía en la comunidad.
- Aproximadamente la otra mitad se podría considerar "nuevos crónicos" o "pacientes de puerta giratoria", pero no en una primera fase de cronificación. Mas bien son los casos, que tras repetidos intentos fracasados de tratamiento ambulatorio y de internamiento, se presentan ya con un alto grado de deterioro personal y de su contexto socio-familiar.

La Unidad tiene una función de "último recurso", con grandes dificultades de reinserción para dichos pacientes. Se trata de un viaje "más allá" de la rehabilitación, al mundo del fracaso psiquiátrico.

Mi visión, pues, está tamizada por esta situación particular.

La epistemología sistémica ha puesto en evidencia la necesaria particularidad de cualquier punto de vista por el mero hecho de ser eso, un punto de vista. "Intrínseco al mirar se encuentran las luces y las sombras"; o como Heinz Von Foerster plantea: "*hay una mancha ciega como condición de posibilidad de ver*".

Sin embargo, ésta, mi peculiar ubicación, considero me permite sentir en mayor medida dónde rechinan los engranajes.

Quisiera pues, aportar mi visión concreta de este "rechinar de dientes y crujir de huesos", más que nada como un sentimiento que se me impone, un dudar que me interpela y una interrogación en el aire.

Los Servicios Andaluces de Salud Mental están diseñados como un circuito asistencial cuyo eje fundamental se encuentra en el ámbito comunitario (los E.S.M.D.), y al que apoyan Unidades de tercer nivel para tratamientos más específicos y no continuados (U.S.M.I.J., U.A.P., U.R.A., C.T.,...).

El hecho es que por diversas circunstancias el funcionamiento más que en un circuito, se convierte en una pirámide invertida o embudo

asistencial con una serie de filtros que van depositando al residuo de la cronicidad.

El proceso de retroalimentación de los dispositivos de tercer nivel parece ser insuficiente; y en muchos casos éste sólo se consigue de forma puntual, dando lugar al fenómeno de puerta giratoria y a un elevado número de reingresos.

Cuando este circuito (familias, E.S.M.D. - U.A.P.) ha fallado, y generalmente no antes, aparece el tercero en discordia, la rehabilitación.

Pero recorramos todo el camino.

Whitaker comparaba al terapeuta con la prostituta, y no sin una buena dosis de paralelismos. Iniciar el camino de la demanda en Salud Mental no deja de ser abrir el espacio de lo personal, de lo íntimo, al saber hacer de todo un profesional.

Quizá ello conlleve en sí mismo una herida en el entorno del demandante ante las deficiencias que quedan de manifiesto.

El primer gran salto cualitativo de la narrativa aparece cuando el maestro de ceremonias por los saberes que le son conferidos bautiza a la criatura. De aquí en adelante tendrá un nombre que los designará y definirá frente a la sociedad.

El nombre psiquiátrico aparece como un intento de salvar una ruptura entre la narrativa del sujeto y la narrativa de su entorno. Generalmente las propias realidades contextuales y personales permiten acotar y ubicar esta mediación. El riesgo está en que la debilidad de estas narrativas permitan germinar el árbol sin fin de la psiquiatría.

Los vacíos vitales pueden ser fácilmente llenados con síntomas, trastornos de conducta, cuadros psiquiátricos, estructuras de personalidad y, cómo no, tratamientos.

Recontextualizando mi discurso diré que mientras escribía tenía en la pared del despacho un poster con "el árbol genealógico de la psiquiatría", construcción de la Universidad de Cádiz.

Desde mi parecer y entre otras muchas cosas, el nombre "psiquiátrico" tiene dos connotaciones fundamentales:

- Por su ubicación en la tradición psiquiátrica define la exclusión de la normalidad, el límite entre lo sano y lo enfermo, lo cuerdo y lo loco.
- Por influencia de la tradición psicoanalítica define el espacio interior del sujeto, sus motivaciones, su personalidad. En cierto modo su esencia, o usando la propia terminología "su falta".

Y aquí sí que funcionan con amplio margen las construcciones.

No estamos hablando de realidades duras, de cuántos huesos, manos o piernas tenemos; estamos inmersos en el indefinido mundo psicológico; en él tienen cabida la biología, las creencias, los valores, las ideologías, las supersticiones, los magnetismos, las estrellas, los instintos; y un sinfín de conceptos generales para dar cuenta de la "esencia humana", esa realidad que queremos hacer más tangible que la propia vida y la propia muerte. En última instancia ese deseo

insaciable de superar el estar y llegar al ser, de trascender el tiempo.

La narrativa psiquiátrica tiene su verdadera denominación de origen (quizás nunca mejor dicho) en la psicosis. En algo en lo que también coinciden la tradición psiquiátrica y psicoanalítica es en el salto cualitativo de la psicosis.

Aquí la narrativa alcanza su atemporalidad y su asubjetividad. De forma más o menos velada, premisas como: "Se es o no se es psicótico", o "La psicosis no se cura", rigen esta narrativa.

Los síntomas psicóticos son la "realidad dura" de la narrativa psiquiátrica. Es el punto de escisión. Ya no existe punto de encuentro. La narrativa del sujeto pierde contacto con la del contexto. La narrativa psiquiátrica ya no media entre discursos, se hace cargo del discurso del sujeto ininteligible y lo objetiva.

Los modos de relación y tratamiento cambian. Aparecen dos nuevas realidades que se relacionan casi por ley física a la denominación psicosis: los neurolépticos y el internamiento (para ser más exactos los primeros por ley química y el segundo por ley física):

- Los neurolépticos pasan a ser la muleta consustancial al hecho de ser psicótico.
- El internamiento supone un salto importante en la narrativa psiquiátrica. Esta pasa a hacerse cargo del contexto del sujeto, lo sustituye.

Sin entrar en demasiadas valoraciones del internamiento en sí, parece claro que supone un trasvase de responsabilidades, de poder e incluso de emociones.

La institución psiquiátrica asume una demanda de control sobre la realidad del sujeto. Estamos en el punto de máxima objetividad de la narrativa psiquiátrica. Los síntomas psicóticos agudos anulan toda subjetividad. ¡Y esto incluso por ley!. Entra en juego la narrativa jurídica.

El sujeto y el contexto se vuelven a encontrar con otra lucha en sus discursos. Esta nueva herida, que quizá en los primeros ingresos la familia por lo general vive con gran preocupación por la evolución de uno de sus miembros; sin embargo a medio plazo supone el debilitamiento de esa pertenencia familiar. Mientras que para el sujeto el contexto le supone pérdida de su propia subjetividad (de sus circunstancias); para la familia se da una cierta situación paradójica. A costa de la pertenencia de un miembro, aparece un cierto desahogo, una cierta calma que permite reiniciar la debilitada mitología familiar, incluso rigidificarla como mecanismo defensivo.

Este cierto beneficio secundario irá dando cuenta de la gran bifurcación que comienza en el devenir de ambas narrativas, la de la familia y la del sujeto.

Hemos llegado al cénit de la narrativa psiquiátrica. Se han consolidado nombres como psicosis, esquizofrenia... como definidores de una realidad dura, los síntomas psicóticos.

Incluso con su correspondiente nomenclatura comercial y farmacológica: Haloperidol, Sinogan, Leponex... y también, cómo no, sus correspondientes narrativas explicativas desde las distintas corrientes psicológicas.

A partir de aquí la reincidencia y persistencia de dicha realidad incorpora al sujeto al último cajón psiquiátrico de la cronicidad.

Empieza el declinar psiquiátrico, simbolizado elocuentemente en los tratamientos Depot..., en el Modecate. Entran en juego de nuevo los discursos más sociales a diversos niveles.

La realidad psiquiátrica ha cristalizado, pero el problema inicial, la ruptura entre la narrativa del sujeto y la narrativa del entorno sigue en pie.

El viaje por el discurso psiquiátrico ha llegado a su meta, tiene ya su definición. Ahora se trata de volver a encajar esta realidad en el discurso social.

Entra en juego la Rehabilitación, un nuevo intento de mediar entre la narrativa del sujeto (ahora ya objetivo-psiquiátrico) y la narrativa social.

Entre los caminos cada vez más divergentes del sujeto y de su contexto (en gran medida su familia) aparecen diversos puentes y obstáculos con sus propias narrativas:

- La narrativa jurídica impone su nomenclatura con órdenes y autorizaciones de ingreso. Se instaura el recurso de la denuncia como evitación de choque entre discursos. Se puede llegar incluso a la incapacidad y la tutoría. ¡La propia narrativa queda abolida por Ley!.

- Los Servicios Sociales ponen en marcha sus mecanismos compensatorios a instancias de la narrativa psiquiátrica. Aparecen las pensiones por incapacidad, por déficits, pensiones no contributivas; quizá irónicamente se podría decir que están diseñadas para que no contribuyan nada más que a mantener la situación como está.

Aunque parezcan cuestiones accesorias, son narrativas que aportan definiciones de realidad dura muy claras. Estamos hablando de poder disponer o no de la propia responsabilidad, de la propia libertad de movimientos. Estamos hablando de dinero. Habría que preguntarse si hay una realidad más dura.

Por medio, y por lo general bastante conscientes de donde pueden llegar, aparecen talleres protegidos, talleres terapéuticos, pisos protegidos, centros de día, club sociales... etcétera, que sostienen lo sostenible en el submundo de la cronicidad.

Algunos sujetos, sólo muy de vez en cuando sacan la cabeza por encima de la narrativa psiquiátrica.

Está claro que esto no deja de ser una visión parcial, que la narrativa psiquiátrica no es sólo esto; incluso estoy seguro que dicha narrativa da cuenta de cierta parcela de realidad desde cierto punto de observación.

Tampoco he incidido en cómo interaccionan y condicionan a dicha narrativa, la narrativa del sujeto y de la familia; y el relativo valor de verdad que para dichos discursos supone la realidad dura de los síntomas psicóticos. Está claro que el sujeto, incluso el sujeto psicótico no es un portador pasivo de ninguna narrativa.

Sin embargo considero importante aportar mi propia realidad de observación, quizá cargada con grandes dosis de impotencia.

Y ese sí que es un sentimiento bastante compartido en el observar de la psicosis. Monstruos parecidos a los de los delirios de los pacientes debían surgir del augurado límite del mundo cuando la Tierra era plana.

La mitología psiquiátrica sobre la psicosis también cumple su función tabú sobre una realidad que quizás, el tener que dar cuenta de ella, suponga tener que alterar los puntos de referencia de la propia realidad cotidiana.

Uno puede no mirar, o resguardarse en nombres que lo dicen todo y no dicen nada; pero está claro que observar la psicosis no deja indiferente, remueve los propios cimientos de observación.

La Rehabilitación psiquiátrica tiene un pesado legado, hereda como punto de partida la cristalizada narrativa psiquiátrica, y por otro lado las deslabazadas teorías explicativas psicológicas.

Esta claro que hoy por hoy los cánones de referencia son unos determinados que delimitan una determinada realidad sobre la que hay que incidir e interaccionar; al menos mientras no aparezcan nuevos puntos de vista que configuren otras realidades.

Sin embargo, sí se hace necesario un esfuerzo por trabajar con los instrumentos actuales que posibiliten una mayor diversidad, complejidad y subjetividad.

Dentro de la propia rehabilitación, la preocupación por aspectos concretos del paciente, el trabajo en áreas laborales, normalización de la vida diaria, del tiempo de ocio, la generación de estructuras de soporte social..., pueden permitir una cierta descristalización de la realidad del sujeto.

Las propias teorías psicoeducativas, aunque inmersas en la narrativa psiquiátrica, considero que pueden aportar cierta apertura con conceptos como la teoría de la vulnerabilidad, la posición de coparticipación en la narrativa sobre la situación... Siempre que se tenga en cuenta que se trata más de co-aprender y co-construir, y no de enseñar desde una posición unidireccional de supuesto saber.

Quisiera para terminar dejar un punto de vista de un autor que me precedió hace tiempo, pero que ya tenía en cuenta sus puntos de referencia.

Sydenhan postulaba: *"Las enfermedades agudas tienen su origen en Dios, las crónicas en nosotros mismos"*.

EL ENFOQUE SISTEMICO COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCION EN SALUD MENTAL: UNA REFLEXION

Magdalena Rodríguez Martínez.
Psicóloga y Psicoterapeuta de Familia.
Equipo de Salud Mental de Distrito de Andújar (Jaén).
Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

El modelo desde el cual un profesional interviene en el ámbito de la Salud Mental, no sólo implica un encuadre, unas técnicas, sino que también es expresión de su concepción del ser humano, de qué entiende por salud y enfermedad y de cómo asume su rol de terapeuta.

Trabajo en un Equipo de Salud Mental y el modelo desde el que intervengo es el Sistémico. Mi formación primera ha sido de orientación psicodinámica y posteriormente, aunque solapándose, sistémica. Ambas han ido configurando la visión que actualmente tengo del hombre, la salud y mi quehacer profesional, así como de la importancia de lo relacional y lo individual, es decir, no concibo ningún comportamiento que no se dé en relación, ya sea patológico o no, y me interesa la salud y el bienestar de cada uno de los miembros de una familia.

El estar insertado dentro de una red sanitaria marca desde un principio el tipo de relación que se va a dar entre el demandante y el profesional: hay "un paciente" que tiene "una enfermedad" y "un experto" que "tiene que curar". El usuario es consumidor de un Servicio y espera que le resuelvan "su problema".

Tradicionalmente, se ha intervenido aceptando dicha filosofía médica subyacente, desde la cual se prima la desaparición de los síntomas, fundamentalmente a través de psicofármacos.

Por ejemplo, en una reunión donde se analiza la demanda de los nuevos casos que llegan al Servicio, se refiere el de una mujer de 37 años que presenta una gran ansiedad, que paraliza su vida. Está casada, tiene tres hijos y viven con los padres del marido. Comenta que la relación con sus suegros es muy conflictiva. Desde el primer momento, su demanda es farmacológica, ya que manifiesta que se le dé algo para poder aguantar.

Si desde el Equipo se acepta esta demanda sin cuestionarla, se hace coherente la visión de ambas partes, la del usuario y la de la institución. Esta última analiza e interviene desde un modelo médico-tradicional, con una concepción de la enfermedad mecanicista-causal y donde la posición del profesional es tener la competencia de curar, "calmar la ansiedad". Este modo de trabajar coincide con la construcción que la demandante ha hecho sobre lo que le ocurre y con las expectativas que tiene con respecto a la ayuda que va a recibir. La cuestión es si, aunque temporalmente desaparezcan los síntomas, se está trabajando en pro de la salud mental, ya que desde esta concepción la persona se etiquetará como una enferma ella misma y sus familiares, sin ser agente de su propio cambio, dependiendo de una solución mágica exterior y de "un curador", que le permita "aguantar".

Como dice Maurizio Andolfi en su libro "*Terapia Familiar*": "*La Terapia misma ha terminado por consolidar el "status quo" más que*

activar potencialidades creativas presentes en el sistema... existe el peligro de que el proceso terapéutico readapte al individuo a modelos de comportamiento que responden a estereotipos sociales y a roles y funciones familiares rígidas, más que producir un efecto liberador en el plano individual y grupal".

Por lo tanto, no se favorece la salud individual, ni familiar, ni social.

Desde el enfoque sistémico se comenzaría explorando y resaltando otros datos para poder entender los síntomas no sólo como una perturbación, sino como una perturbación dotada de significado, relacional, que cumple una función, ya que cualquier comportamiento ocurre en relación.

Por ejemplo, en una consulta con una pareja, en la que el marido de 36 años está desde hace cuatro con conductas auto y heteroagresivas, síntomas ansiosos y depresivos, conductas histriónicas e inmadurez afectiva y que se ha ido recluyendo progresivamente en la casa, la mujer relata que no entiende como Miguel puede tener cambios tan bruscos de comportamiento, ya que en las vacaciones estuvo bien, cariñoso, participativo y un día le dio por encerrarse en la habitación, no comer y no querer hablar con nadie, hasta que después de tres días salió. La forma de contar lo que ocurre implica que ella entiende que la conducta del marido acontece sólo dentro de él y ni siquiera tiene su control, es algo inesperado que se va y viene. Si aceptamos este relato podemos decir que está deprimido, que existe una perturbación, la depresión que es la responsable de su aislamiento, inapetencia, desinterés, pero también podemos ampliar al contexto, comenzar a hacer preguntas que en vez de centrar los síntomas en lo individual, vayan alumbrando el terreno de lo relacional y nos ayude a construir junto con la familia otra versión de lo acontecido. El paciente entonces dice que aquél día había ido su madre a la casa a comer, hecho que no se da con frecuencia, porque mantienen una relación muy conflictiva. Mientras su mujer hacia la comida, él se quedó a solas con la madre y en la medida en que ella le hablaba sentía como su rabia iba en aumento porque se daba cuenta de que la relación que mantenían era falsa, que ella nunca se había ocupado verdaderamente de él y no se veía capaz de verbalizarlo, ni de pedirle que se fuera, entonces decidió irse él, no enfrentarla y a la vez mostrarle que ahora si tenía quien se encargue de cuidarlo. Su conducta le evitaba la irrupción de la rabia, pero además la madre se fue y la esposa le hizo de mamá durante los tres días siguientes. La comprensión de la depresión cambia y además sienta las bases para que comiencen a hacerse cargo de su comportamiento patológico, ya que ahora no se ve como algo imprevisible e individual, todos forman parte de la escena.

Un paciente no acude solicitando terapia familiar, viene con una concepción individual y lineal de lo que ocurre, y a veces incluso orgánica, por tanto desde el primer momento se explorará a través de preguntas circulares que nos ayuden a establecer el mapa familiar y a analizar de forma relacional los problemas reales de la familia, facilitando a la vez que se activen los recursos autoterapéuticos. Es decir, el proceso de exploración y el terapéutico se dan de forma simultánea.

Dentro del enfoque sistémico se ha evolucionado hacia la Terapia Familiar de 2° orden (término creado por Lynn Hoffman) y el Construcciónismo Social. La Terapia de 2° Orden se caracteriza porque el terapeuta forma parte del contexto de la familia e influye en lo

que se va a observar, se trata de la incorporación del observador en lo observado (Metacibernética). Desde el Construccinismo Social se entiende que las ideas, los conceptos, las historias surgen del intercambio social y son mediadas por el lenguaje. El conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales. Se construye la realidad a través del lenguaje y la emoción en el ámbito de las relaciones, se construye en grupo. El terapeuta y la familia van a establecer una relación de colaboración y constituyen un sistema de mutua influencia. Va a ser en este espacio, a través del diálogo donde puede acontecer el cambio. La familia trae una historia, "la historia oficial", construida a través de generaciones y es en la conversación terapéutica donde se puede comenzar a rehistoriarla, a contarla de otra manera que permita una mayor flexibilidad, un espacio para el crecimiento y haga innecesario los síntomas. El terapeuta es un colaborador, un acompañante con una linterna que ayuda a rastrear lo novedoso, a que sean tenidos en cuenta otros acontecimientos que no formaban parte del primer relato. Va a estar presente con su bagaje técnico y su experiencia, pero también con su personalidad, su historia familiar y su propia construcción del mundo. Ya no es el que posee el conocimiento y la solución de los problemas, no fuerza el cambio, sino que colabora a crear un contexto de cambio.

Desde esta perspectiva dice Marcelo Packman: *"La Terapia es un evento social que tiene la posibilidad de ser una práctica crítica por el hecho de ser una práctica reflexiva, porque es una práctica que permite ver las propias espaldas desde los ojos de los demás, permite ver nuestros propios condicionamientos, permite conversar abiertamente los criterios de normalidad contra los que se dibuja lo patológico, el terapeuta puede hacer cosas para que se construya lo normal"*.

La institución donde trabajo es también un sistema y como tal es susceptible de rigidificación, de tener su propia historia "única", estereotipada. Tiende a mantener su propio equilibrio, hace la demanda de mantenerse sin cambiar. En ella se tolera poco la incertidumbre necesaria para evolucionar.

Se dan situaciones tan perturbadoras como el que se esté fomentando el aumento de la cronicidad, de lo que se ha dado en llamar "los nuevos crónicos". La institución se hace cargo de cuidar al paciente y, en muchas ocasiones, va a reproducir los mismos patrones rígidos que la familia utiliza para sobrevivir. El paciente entonces se va a encontrar con lo mismo y verá ratificada su historia desde un sistema social más amplio que el suyo.

Volviendo al caso anterior, Miguel lleva cuatro años asistiendo a consultas en el equipo. Su historial es un enorme listado de cambios de diagnóstico, de tratamientos e ingresos en la Unidad hospitalaria. Es un hombre muy corpulento que se maneja como un bebé. Hace conductas de llamada de atención para que lo cuiden. Cada vez que ocurre algo a lo que él piensa que no se sabe enfrentar consigue, a través de su mujer, un cambio de tratamiento o un ingreso. Ahora tiene otra gran mamá que se hace cargo de él, el propio equipo y que lo ancla en su forma de verse y de valorar sus capacidades. Ha ido en aumento su sentimiento de incapacidad, así como sus conductas manipuladoras.

Llevamos a cabo nuestro trabajo de una forma que no facilita el cambio, más bien nos anquilosa dentro de la misma perspectiva y, bajo mi punto de vista, no ayuda a generar salud.

Desde el momento inicial, cuando la persona es derivada, a través de un volante hecho por el médico, donde consta normalmente la

sintomatología, el tratamiento prescrito, o una petición de revisión (¿revisión de qué?), seguido por la primera entrevista en el equipo, el análisis de cada caso, las anotaciones en la historia, las intervenciones en crisis, las visitas domiciliarias, etc., nos lleva a que sigamos siendo unos "expertos cuidadores", más que profesionales de la salud mental.

Pero, ¿cómo cambiar las estructuras y los modos de intervenir para conseguir que la red sanitaria haga que las familias sean un recurso para ellas mismas?.

No es fácil un cambio de tal magnitud y probablemente va a requerir mucho tiempo, pero creo que es a la vez una responsabilidad y un reto profesional.

Existen experiencias concretas de organizar servicios de psiquiatría desde esta epistemología. Una de ellas, que he tenido la oportunidad de conocer personalmente, es el Departamento de Psiquiatría del Berkshire Medical Center (MA. USA). Todo el personal tiene una formación sistémica y se han organizado de manera que cada intervención profesional facilita la visión relacional y la activación de recursos autoterapéuticos. Como nos decía el Dr. Carlos Sluzki: *"El hacer el trabajo de una determinada manera nos obliga a pensar lo que ocurre en un estilo determinado"*. Así, por ejemplo, en la Unidad de hospitalización, cada paciente que quiera puede leer las anotaciones que hay en su historial, lo que fuerza a todos los profesionales a que destaquen más los progresos que las conductas patológicas.

La cuestión anterior la dejo abierta. La realidad de nuestro Sistema Sanitario es muy diferente a la de EEUU, y a la vez cada uno de nosotros estamos insertos en realidades diferentes y con experiencias diferentes. Considero que cada profesional la debe responder en su quehacer cotidiano y desde su propia visión y momento de madurez profesional.

Para mi es importante tenerla presente y mi manera de comenzar ha sido, al igual que hago en la terapia con las familias, intentando favorecer el contexto de cambio en mi relación con otros profesionales, ya sean médicos, pediatras, componentes del equipo o de los equipos de tercer nivel (USMI, UHG, Comunidad Terapéutica, Unidad de Rehabilitación), a través de un lenguaje nuevo, que resalta otros datos, que construye la realidad de otra manera.

Es fácil quedarse atados a una vieja visión y que nos ocurra como al camello que acostumbrado a que lo ataran a una estaca en un sitio determinado, se quedó quieto el día que sólo se hizo el movimiento de atarlo, sin que existiera ni cuerda ni estaca.

**UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL:
PERSPECTIVA SISTEMICA**

Carmen de Manuel Vicente, Psicóloga y Psicoterapeuta de Familia.

C. de la Rosa Fox, Psiquiatra Infantil.

M. Cano Valero, Enfermera Psiquiátrica.

P. Manrique Romero, Trabajadora Social.

J.C. Fernández Maldonado, M.I.R. de Psiquiatría.

Unidad de Salud Mental Infantil de Cádiz. Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.).

La aplicación del Modelo Sistémico en el marco de un Servicio Público de Salud, requiere de una reflexión previa acerca de su contexto de referencia.

La forma de conceptualizar los fenómenos que observa condujo a trasladar la patología desde el interior del individuo a su contexto relacional más significativo: la familia. De su análisis y estudio dan cuenta varias décadas de publicación al respecto. Y cuando parecía que el modelo se agotaba en la familia, nuevas investigaciones arrojaron luz sobre un campo más amplio de exploración. Se pasó de estudiar el contexto familiar del individuo a estudiar el contexto social de las familias. Y como ocurre a veces en los sistemas abiertos se permitió la entrada de innovaciones con el fin de que nada cambiase. Ya lo anuncia un proverbio francés: *"plus ça change, plus c'est la meme chose"* (1). Así la terapia de familia en representación del modelo sistémico se incorporó al abanico de recursos terapéuticos de tal manera que llegaron a identificarse como sinónimos Modelo Sistémico y Terapia de Familia. Se confundió el cuerpo teórico con la técnica, la clase con el miembro, la parte con el todo.

Sin embargo, el modelo sistémico, como forma de codificar la realidad, si es que ésta existe en su objetividad, no puede proceder sin integrar los diversos niveles sistémicos: biológico, individual, familiar y social (2). Así, superando la fase del "familiocentrismo" hemos podido rescatar tanto al individuo como a los macrosistemas. Ello no significa, por cierto, adoptar hipótesis intrapsíquicas, sino situar al individuo dentro de su contexto de relaciones extensas. Y ha sido posible a través de la metáfora del "JUEGO" (3) y el concepto de "estrategia del actor". Se entiende por juego la modalidad organizativa de las relaciones entre los individuos que participan y que evoluciona con el curso del tiempo. La validez empírica del concepto es fundamental ya que gracias a él se integran los comportamientos individuales y sus redundancias (estrategia) con las reglas de relación entre individuos.

Enfocado al individuo, sin desenfocar el juego en el que es "actor", conquistamos la parte perdida de su universo relacional: los sentimientos, ideas, motivaciones y objetivo interactivos.

Pero no sólo lo micro, lo macrosocial cayó también bajo la lente curiosa del investigador relacional y comenzaron a estudiarse las grandes organizaciones y a pensar en ellas desde otro prisma. De tal manera que podríamos definir la Red Asistencial a los pacientes psiquiátricos como un sistema.

Se nos proveyó de los instrumentos conceptuales necesarios para considerar al Sistema Sanitario compuesto por tres niveles (4):

- Nivel Epistemológico, desde el que se conceptualiza la patología y se interviene en ella, generando el modelo de intervención.
- Nivel Institucional, desde el que se trata y controla la ideología profesional y que genera el modelo institucional.
- Nivel Político, desde el que se dispone y ordena el modelo sanitario, los presupuestos, competencias, etc. Este nivel da lugar al modelo de gestión, entendiendo por tal la detección y evaluación de necesidades, la planificación, ejecución y valoración de resultados alcanzados en función de los objetivos previstos y la mejora permanente en conceptos de no calidad.

Estos tres modelos mantienen entre sí una relación de interdependencia, a modo de sistema (Sistema Asistencial), ya que el

cambio de uno de ellos modifica invariablemente a los otros dos. En consecuencia, cómo se aborde la "locura" va a determinar cómo se gestione y cómo se institucionalice, pero la gestión e institucionalización de la misma, influye en como se interviene en ella, por ejemplo. Se trata, pues, de una relación circular donde el efecto interviene en su causa (feed-back) (Ver Tabla 1).

El Modelo Asistencial imperante en Andalucía hasta hace pocos años se caracterizaba por:

- un modelo de intervención, fundamentalmente médico, basado en la administración de psicofármacos y en el que el peso de la asistencia recaía en su totalidad sobre los psiquiatras.
- un modelo institucional, en régimen cerrado, apoyado en el Hospital Psiquiátrico y en el que se atendían también problemas paramédicos, de índole social.
- un modelo de gestión, centrado en el internamiento y que dedicaba sus presupuestos a garantizar el ingreso de pacientes psiquiátricos, en una organización asilar y custodial.

Basado en la idea de interdependencia mutua entre los tres niveles del Modelo Asistencial es congruente hacernos diversos planteamientos: "¿En qué medida el funcionamiento del Servicio Sanitario impide o favorece la eficacia de un modelo de intervención determinado?". "¿En qué medida la eficacia demostrada de un modelo de intervención concreto determina el tipo de funcionamiento del Servicio Sanitario?". "¿En qué medida la introducción del Modelo Sistémico en el Servicio Sanitario no es generador de cambio a la vez que es cambiado?".

Lamentablemente su introducción mayoritaria se ha producido casi exclusivamente en el nivel de intervención aunque comienzan a comunicarse experiencias de aplicabilidad tanto en la organización de un Centro de Salud Mental como en la gestión de una Red Sanitaria.

Autores de reconocido prestigio (Bowen, Framo, Ausloos, etc.) realizaron previsiones pesimistas en la década de los años 60-70, acerca de la aplicabilidad del modelo sistémico en un contexto público. Pensaban que no se reducía a una forma más de tratamiento, sino a una nueva manera de organizar los servicios de salud mental, que precisaban de una reforma estructural posiblemente incompatible con un contexto institucional.

Afirma M. Bowen (5) en 1965, que: *"las costumbres sociales, las leyes que gobiernan la enfermedad y los trastornos mentales y nuestros principios fundamentales de la práctica médica, consagrados por el tiempo, están orientados hacia la teoría individual de la enfermedad. La práctica médica y la estructura hospitalaria se adhieren estrictamente a los principios de enfermedad-paciente-diagnóstico-tratamiento. Toda pequeña desviación del procedimiento standard puede causar una reacción en una organización hospitalaria o médica"*.

Afortunadamente las previsiones no se cumplieron y hoy se encuentra entre los modelos conceptuales en auge.

Sin embargo, como dice L. Onnis (1980) (6): *"No hay que extrañarse, pues, del hecho de que, como la experiencia nos lo demuestra, tanto las instituciones, en general, como los servicios que forman parte de ella, se defiendan intentando contrarrestar, por todos los medios, la adopción del acercamiento sistémico o intentando reducirlo a una técnica terapéutica nueva y simplemente más actual"*, con el objetivo de poner fin con la familia al recorrido que debería comenzar con

ella, utilizando "el enfoque sistémico como nueva técnica de control" (7).

La aplicación del Modelo Sistémico en la Red Asistencial comporta una serie de riesgos como el de reducir el modelo a las distintas técnicas de Terapia Familiar (6)(7) lo que nos lleva al reduccionismo de aislar a la Familia de su contexto, conceptualizándola como un sistema separable de su entorno y en la que se piensa encontrar toda la información necesaria para explicar la enfermedad, intentando resolver en ella todo "el drama de la locura". Olvidamos así que la familia mantiene viva la relación dialéctica entre los niveles individuales y supraindividuales.

Este reduccionismo facilita la entrada del Modelo Sistémico en la Institución Pública como una técnica más dentro del paquete de acciones terapéuticas que oferta un servicio, sin que el mismo sea cuestionado.

El riesgo que se desprende consiste en situar la patología en el interior de la familia cuando habíamos logrado situarla en el exterior del individuo.

Otro riesgo es el denominado "mito del modelo" (6)(7). Propone la tendencia aplicar el modelo sistémico a cualquier realidad, como si fuera la única referencia posible, tendiendo a confundir la explicación de la realidad (modelo) con la realidad en sí. Esta tendencia ha sido denominada, muy acertadamente, por F. Carrasco (8) como colonialismo (en contraposición al reduccionismo anterior).

Los trabajadores de la salud mental en un Servicio Público sabemos de las dificultades y dobles vínculos en que nos encontramos muchas veces: ser "fiel" al modelo sistémico o ser "fiel" a las reglas de la institución. C.Guitton-Cohen-Addad (9) propone encontrar las transgresiones necesarias al modelo para adaptarlo al contexto y a uno mismo. Esta es su propuesta, pero cada terapeuta debe inventar su propio proyecto de supervivencia.

Reflexionando sobre la aplicación del modelo en general en cualquier Servicio Público, se hace oportuno el análisis del mismo en una Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil (USMI).

Presenta dos diferencias importantes que determinan la intervención con respecto a otros Servicios de Salud Mental:

1.- La atención exclusiva a un periodo del ciclo vital: la infancia.

Existe una impregnación tanto en los usuarios como en los colegas de una cierta epistemología relacional en materia de salud mental infantil: "de alguna forma, el comportamiento sintomatológico de los niños guarda relación con la conducta de los padres, especialmente de las madres como figura central aún en la crianza".

Esta concepción popular no facilita la redefinición de la demanda en términos sistémicos porque el nexo causal es lineal: son los padres la causa del comportamiento de los hijos. Se les define como "madres ansiosas", "padres ausentes" que impiden el desarrollo de un ser inocente. Así, se reciben derivaciones con la coletilla de que "a quien habría que tratar sería a la madre".

Los padres llegan a la terapia de familia culpabilizados triplemente:

- por el sistema sanitario (pediatra).
- por el sistema educativo (maestros).
- y/o por la propia familia.

En la misma medida en que está próxima a su epistemología la idea de que los problemas de un niño implican necesariamente a su familia, es preciso realizar durante la fase de evaluación un trabajo estratégico que equilibre nuestra relación con la familia entre la culpa y la absolución definitiva.

Una relación terapéutica basada en la culpa (bastante culpabilizante es ya la convocatoria familiar) provoca resistencias, disminuye el grado de colaboración y de cumplimiento de las prescripciones y, en consecuencia, provoca el fracaso de la terapia.

En el extremo opuesto, la absolución, presenta igualmente sus efectos adversos ya que se atribuirán los padecimientos infantiles a enfermedades biológicas o a causas intrapsíquicas, exclusivamente, sin que el juego familiar disfuncional se cuestione ni cambie.

Quizás la coherencia resida en la responsabilización (10) de la familia en una doble vertiente:

- como participante en el desarrollo del proceso sintomatológico, de forma seguramente involuntaria y fruto del juego familiar.
- en su responsabilidad en colaborar con el tratamiento, aportando informaciones útiles y cumpliendo las prescripciones.

2.- Otra característica relevante en el trabajo en una U.S.M.I., deriva del nivel asistencial en que está ubicada: 3º nivel de atención. Quiere decir que el recorrido sanitario que realiza un niño para ser atendido por nosotros incluye, necesariamente, un paso por la consulta del pediatra o médico general (según la edad del menor), quien, si lo estima oportuno, expide un volante para ser atendido por el especialista, ubicado en un 2º nivel de atención, en los Equipos de Salud Mental de Distrito (E.S.M.D.). Si nuestros compañeros lo creen pertinente, y tras coordinarse con nosotros, el niño nos es derivado. Es evidente que esto condiciona el que los pacientes lleguen con la experiencia de otras consultas previas (y a veces, tras haber recibido informaciones contradictorias).

El resultado de dichas consultas previas influirá de manera significativa en nuestros propios logros. De tal manera que pacientes derivados a la U.S.M.I., tras intentos terapéuticos fracasados, se muestran después resistentes hasta la simetría, el abandono o el agravamiento del síntoma. Al igual que los fracasos terapéuticos de la U.S.M.I. contribuyen, en gran medida, a elevar el número de pacientes crónicos.

Como dice M. Selvini: *"La dificultad de una psicoterapia aumenta de forma directamente proporcional a la duración y a la cantidad de intentos precedentes, sobre todo si son del mismo tipo"* (11).

BIBLIOGRAFIA

- (1) WATZLAWICK, P. et al.: *Cambio*. Barcelona: Herder, 1982.

- (2) SELVINI, M.: "El individuo en el juego". *Terapias Familiares*. n° 19, Noviembre, 1985.
- (3) CROZIER, M. et al.: *Attore sociale e sistema*. Milano: Etas Libri, 1978.
- (4) CABRERO, L.: "El enfoque sistémico de un modelo asistencial". En "Paradigma Sistémico y Terapia de Familia", recopilación de SUAREZ, T. y ROJERO, C.. Madrid: AE.N., 1983.
- (5) BOWEN, M.: "Psicoterapia familiar de la esquizofrenia en el hospital y en la práctica privada". En BOSZARMENYI-NAGY y FRAMO (comp.): *Terapia Familiar Intensiva*. México, 1976.
- (6) ONNIS, L.: "La Therapie familiale dans les institutions et dans les services territoriaux: utilité et limites". *Reseaux*, n° 2, Diciembre, 1980.
- (7) ONNIS, L.: "Vantaggi e difficoltà dell'utilizzazione dell'approccio relazionale in un servizio psichiatrico". En *Approccio relazionale e servizi socio-sanitari*. Roma, 1981.
- (8) CARRASCO, F.: "Terapia Familiar e institución psiquiátrica". En "Paradigma Sistémico y Terapia de Familia", recopilación de SUAREZ, T. y ROJERO, C.. Madrid: AE.N., 1983.
- (9) GUITTON-COHEN-ADDAD, C.: "Cómo y por qué poner en marcha las terapias familiares sistémicas en la Institución". *Therapie Familiale*, vol. ii, n° 4. Geneve, 1981.
- (10) SELVINI, M. (comp.): *Crónica de una investigación*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- (11) COVINI, E. et al.: *Hacia una nueva psiquiatría*. Barcelona: Herder, 1987.

MODELO DE GESTION			
	MODELO INSTITUCIONAL		
		MODELO DE INTERVENCION	

Tabla. 1

NIVELES DE INTERVENCION SISTEMICA EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRIA HOSPITALARIA

Marina Gomez Banovio.

Médico-Psiquiatra y Psicoterapeuta de Familia.

Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Carlos Haya.

Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.). Málaga.

Desde Octubre de 1990 trabajo como psiquiatra en una Unidad de Agudos (U.A.P.) en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga, que atiende a una población de aproximadamente 500.000 habitantes. El área hospitalaria incluye cuatro Equipos de Salud Mental de Distrito (E.S.M.D.), una Unidad de Salud Mental Infantil (U.S.M.I.), una Unidad de Rehabilitación de Area (U.R.A.) y una Unidad de Media Estancia (U.M.E.).

Si bien la U.A.P. ha pasado por multitud de vicisitudes como número de camas insuficientes, espacios inadecuados, personal cambiante y muy diverso, traslado de camas en dos ocasiones; desde mayo de 1994 nos ubicamos en un espacio independiente pero dentro del recinto hospitalario, con una capacidad para treinta camas.

Lo que sí parece común e incuestionable, dada la política sanitaria actual, es que la característica de dicha unidad es la de ser de "CONTENCION", donde se intenta que el número de días de estancia sea el menor posible, con una estancia media de quince días, ya que este es un índice de rentabilidad del Servicio.

Todo esto sumado a que en dicha Unidad no se comparte un mismo modelo, y menos el sistémico, hace que de primeras sea bastante inviable un trabajo sistémico con familias en la unidad hospitalaria. También es difícil contar con una continuidad de tratamiento sistémico una vez que salen de la hospitalización, ya que son los terapeutas de los E.S.M.D. los que toman a cargo al paciente y éstos son de muy diversos enfoques.

Lo que sí disponemos es de una sala con espejo unidireccional aunque están por arreglar los problemas que presenta de sonido.

Debo añadir que, aparte del trabajo con pacientes internados, nuestra labor como Unidad Hospitalaria abarca de igual modo, la Urgencia Psiquiátrica y la Interconsulta Médico-Psicológica de todo el Hospital Regional, lo que debería ampliar nuestro campo de actuación sistémica dado el gran número de subsistemas con los que debemos trabajar.

Así pues, aún mencionando estos inconvenientes para el abordaje relacional-sistémico en mi lugar de trabajo, me propongo exponer de forma muy esquemática los niveles de actuación sistémica donde se podría trabajar en una Unidad Hospitalaria y de lo que se ha comenzado a hacer.

1. INTERCONSULTA: SISTEMA PACIENTE- MEDICO Y/O EQUIPO PETICIONARIO

Ya Ferrari y Luchina, desde un campo teórico diferente, consideran la Interconsulta como un instrumento de detección institucional, donde el paciente designado (PD) está inmerso en un sistema hospitalario muy diferente de su entorno habitual, que al no poder expresarse por distintas razones, lo hace a través de síntomas que es el único lenguaje y forma de comunicación que le dejan las instituciones sanitarias (en muchas ocasiones).

La Interconsulta no sería pues una especialidad más sino que al ser *detectora de situaciones*, va a organizar los síntomas (orgánicos y psicológicos) dentro de una lectura nueva, intentando decodificar la demanda y otorgarle un significado dentro del contexto en que se da. Podemos imaginarla en el medio de triángulos superpuestos o más bien, siguiendo nuestra epistemología, interactuando en tres subsistemas: el del paciente designado con su familia y red social, el de los profesionales con sus "realidades" (honorarios, capacitación, carácter de su inserción institucional), y el de la institución con sus fines y objetivos (normas, carácter de inserción en la comunidad, etc.).

En un estudio realizado en nuestro servicio en 1992, en relación a las peticiones de Interconsulta a Psiquiatría, observamos que no existe correlación directa entre el número de interconsultas por servicio y la morbilidad psiquiátrica previsible, de acuerdo con la amplia bibliografía existente sobre los aspectos psicopatológicos en las enfermedades crónicas. Se barajó la hipótesis de que esta situación se debe a que no siempre la petición de interconsulta, la genera sólo el paciente sino que tiene relación con otros muchos factores tales como: la relación médico-paciente "disfuncional", la organización interna del servicio en la institución, la angustia del médico que demanda, etc.

Así pues, este nivel de intervención, no sólo debería abarcar los aspectos asistenciales dirigidos al paciente, sino enfocarlo desde el diagnóstico relacional del contexto, que abarca el sistema formado por el paciente, su familia y el equipo peticionario.

2. UNIDAD HOSPITALARIA DE PSIQUIATRIA

Considero tres niveles de intervención:

a) Sistema Paciente y su familia.

Al igual que con respecto a la Interconsulta tampoco hay mucha bibliografía de sistémica en relación a intervenciones en unidades de corta estancia.

A pesar de los inconvenientes para un trabajo sistémico (definición del contexto como de "contención", no formación de un equipo sistémico, la corta estancia, etc.) desde hace algún tiempo se lleva a cabo un pequeño programa de abordaje familiar-sistémico donde se intentó, sobre todo, adaptarlo a las necesidades y a nuestro contexto de trabajo. Las razones que me llevaron a ello fueron:

- la relación del síntoma (PD) y la dinámica familiar.
- la "contención" sintomatológica que se realiza principalmente a nivel de los sistemas (familias e instituciones), como principal exponente para la recuperación sintomatológica, así como para la prevención.
- la constatación de un número de ingresos hospitalarios debidos, más que a un recrudecimiento de su sintomatología, a una reacción

familiar determinada, que aún intentando solucionar el problema, lo que ocasionan es una crisis del sistema y del PD y/o una perpetuación del problema.

- el intento de vehicular una labor que se realizaba de forma no reglada.

Como objetivos específicos nos proponemos realizar un abordaje sistémico familiar puntual, interviniendo en las crisis familiares cuando:

* el motivo de ingreso no es tanto la exacerbación de los síntomas como cambios en la dinámica familiar.

* se produce una exacerbación de los síntomas directamente vinculados a una secuencia familiar determinada.

* el ingreso hospitalario provoca una crisis familiar con alta expresividad emocional.

Como fundamentos teóricos para la actuación a este nivel, me baso en dos presupuestos sistémicos:

1.- Es el contexto adecuado para trabajar con la crisis familiar. Para ello, entendemos la crisis familiar como un proceso de ruptura del equilibrio anterior, caracterizado por el aumento de la tensión en el sistema, por lo puesta en cuestión de las reglas estructurales y por la suspensión de las metas del sistema, fruto de la exigencia de un cambio en la organización del mismo.

Las formas de resolución del aumento de la tensión en el sistema pueden ser:

- cambio en las reglas relacionales, lo que implicará una complejificación de la organización familiar, una maduración individual y una más adecuada adaptación de la familia a su contexto socio-cultural.

- rigidificación de las reglas relacionales, lo que implica una disfunción familiar y/o la aparición de síntomas individuales y/o la disfunción en la relación de la familia con su contexto socio-cultural (marginación, pérdida de límites con el exterior..., que les lleva a Servicios Sociales, Beneficencia, etc.).

- cronificación de situaciones de conflicto en la familia, en la que distintos miembros se reparten o alternan la absorción de la tensión familiar.

- desplazar la tensión intrasistémica transformándola en un conflicto en el exterior: escuela, servicios sociales, hospital, etc.

2.- Siguiendo a Bowen, es interesante tener en cuenta la función que los mismos profesionales pueden tener en cristalizar y perpetuar la enfermedad mental.

Bowen define a la unidad emocional de la familia como una "*masa de ego familiar indiferenciada*", en donde habría una gradación de diferenciación del self desde una madurez emotiva más o menos completa a una indiferenciación total del self familiar, como ocurre en la esquizofrenia. Para llegar a esto, han sido necesario varias generaciones de padres con bajo nivel de diferenciación. El hijo estabiliza a los padres que no poseen un self propio y deja también él de tenerlo. Se da el "*proceso de proyección familiar*" por el cual padres e hijos tienen papeles activos en la transmisión de ellos a él, uno actúa como acusador y el hijo acepta el papel y se autoacusa, siguiendo tres pasos:

1º) Sentimiento-pensamiento. Por ejemplo, la madre siente y piensa como si el hijo fuera un bebé (por proyección de su yo infantil). El hijo acepta la proyección y se vuelve más infantil, ya que percibe que calma a la madre.

2º) Examen-etiquetado. Por el que se obtiene un diagnóstico de enfermedad mental, colocando el problema fuera de la familia.

3º) Tratamiento. Es el paso más importante en donde el psiquiatra tradicional acepta la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad del paciente, ratificando la exteriorización del problemas de los padres, permitiendo seguir con la proyección sobre el hijo y cronificando el diagnóstico.

b) Sistema Paciente-Enfermería.

Un programa de intervención sistémica no puede llevarse a cabo sin contar con el subsistema más cercano al paciente como es el de Enfermería. De ahí la necesidad de que todo el personal tuviera formación sistémica. Como no ocurre así, lo que se debe intentar con ellos es un trabajo más directivo en relación a pacientes en concreto, evitando además los patrones típicos de relación y comunicación propios de las familias psicóticas.

Ateniéndonos a las teorizaciones de Bowen, un ego perturbado puede hacer frente a los graves hechos de una mala conducta, pero le resulta más difícil enfrentar las deformaciones de la realidad contenidas en los alegatos de "enfermedad". Se han alcanzado increíbles adelantos cuando la familia acepta la responsabilidad de la hospitalización y utiliza como razón la "conducta".

Así, el equipo de Enfermería debería actuar consecuentemente, evitando los conceptos "enfermedad, paciente y diagnóstico" al psicótico, ya que sobre ella no puede ejercer ningún control.

c) Sistema de Profesionales de la Institución Psiquiátrica.

Todas las instituciones legitimadas socialmente se caracterizan por tener una historia más o menos reciente, por un juego relacional definido por reglas más o menos explícitas y por la existencia de metas (la salud mental).

Como todo sistema, se relaciona con un contexto al que puede cambiar y por el que es cambiado.

La crisis institucional puede ser provocada por informaciones procedentes del interior o del exterior de sistema y que van a cuestionar su organización y/o sus metas.

A veces, este tipo de instituciones, a través de las cuales se transmiten las normas y valores del sistema socio-cultural, tienen un funcionamiento rígido y estereotipado, reaccionando con "feed-back" negativos a las informaciones que puedan implicar un cambio.

Deberíamos al menos entender (si no intervenir preventivamente, aunque sería difícil como parte integrante del sistema) los efectos y consecuencias de una resolución disfuncional de la crisis:

- creación de "chivos expiatorios".
- conflictos crónicos dentro del "staff".

- multiplicación de proyectos que nunca se llevan a cabo.
- síntomas en determinados individuos.
- escisiones y luchas de bandos con boicoteos de sus respectivos proyectos.

La complejidad de la organización institucional requiere el conocimiento de estrategias específicas tanto de análisis como de intervención institucional.

BIBLIOGRAFIA

- BOWEN, M. *La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Biblioteca de Psicología. Vol.I. Bilbao: Desclée de Brouwer (1989).
- CAPLAN, G. *Aspectos preventivos en Salud Mental*. Barcelona: Ed. Paidós (1993).
- ENRIQUEZ, A. *El modelo Sistémico y la institución*. (sin publicar).
- FERRARI, H.; LUCHINA, I. *Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión (1979).
- ORTEGA AGUILAR, M.V.; BERGERO, T. *La relación médico-paciente: una visión desde la psiquiatría de consulta y enlace (I)*. *Revista Maristan, A.A.N.* Vol.II, n°4, Junio 1993.
- SELVINI, M. y Otros. *Al frente de la organización*. Buenos Aires: Ed. Paidós (1988).
- SELVINI, M. *El nacimiento de un acercamiento sistémico global*. *Rev. Thérapie Familiale*. Geneve, 1982, vol. 3, n°2, pp. 103-114.
- SUAREZ, T.; ROJERO, C. *Paradigma Sistémico y Terapia Familiar*. A.E.N. 1983.

EL ENFOQUE SISTÉMICO COMO ALTERNATIVA

MESA 2ª :

FAMILIA: EVOLUCIÓN Y CONFLICTO

Iª JORNADAS ANDALUZAS DE TERAPIA FAMILIAR

FAMILIA Y ESCUELA: INTERVENCION DESDE UN SERVICIO MUNICIPAL

Pilar Millán Sánchez.

Psicóloga y Psicoterapeuta de Familia.

*Servicio Psicopedagógico del Ayuntamiento de Tomares
(Sevilla).*

El Equipo Psicopedagógico Municipal del Ayuntamiento de Tomares está formado por dos psicólogos y es un servicio de atención psicopedagógica a la población escolar. Como servicio municipal tiene ciertas ventajas sobre los EPOES (Equipos de Promoción y Orientación Educativa de la Junta de Andalucía), en la medida en que mantenemos una mayor independencia con respecto a los trámites burocráticos que exigen actualmente la política educativa autonómica.

En este sentido, dicha independencia es un factor favorable al desarrollo de nuestras actividades, no estamos, por tanto, sometidos a ecuaciones y estadísticas propias de la Administración Educativa.

Este Equipo viene funcionando desde hace ocho años en torno a la idea central de atender a todos aquellos alumnos escolarizados en la localidad, incluyendo por tanto, cualquier tipo de demandas, bien desde la escuela, bien desde las familias, bien desde los Servicios Sociales...

Otro factor favorable a nuestro trabajo es que los sujetos atendidos lo son desde un marco cerca no y conocido y, en cierta medida, ello absorbe muchas de las ansiedades familiares de tener que recorrer o rellenar impresos hasta llegar a nosotros. Cualquier familiar o educador tienen bastante facilidad para acceder con prontitud a nuestros servicios y en un clima de cercanía y conocimiento. También para los alumnos somos personajes accesibles y ello se traduce en una menor interferencia de factores de ansiedad, miedo, desconfianza...

Las demandas más frecuentes que recibimos se podrían englobar en dos grandes grupos:

- Por un lado están las demandas por déficit en el rendimiento escolar, generalmente asociadas a trastornos de la atención.

- Por otro, las demandas por trastornos del comportamiento.

Como Equipo Psicopedagógico, a lo largo de todos estos años de trabajo hemos ido modificando nuestras intervenciones, tanto desde el punto de vista profesional, como también del personal. Fundamentalmente el cambio para mí estriba en el modo en que hemos ido acercándonos a un modelo "integrativo" de entender las disfunciones escolares; no me atrevería a decir "sistémico" en el sentido literal del término, puesto que estamos aún lejos de entablar un

discurso sistémico con la institución escolar. Digo "integrativo" puesto que nuestra labor está en intentar integrar el desarrollo personal del alumno, la realidad familiar, su entorno más inmediato y la figura del profesor y del colegio.

En muchas, muchas ocasiones, nos encontramos que, siendo el alumno el centro de la demanda, raras veces es entendido como un sujeto con sus dificultades, problemas, angustias... particula res, por parte de su familia y de la escuela.

Parece que desde la normalidad, los alumnos bien integrados saben conectar su individualidad con las relaciones con sus padres y hermanos, con el profesorado y con los amigos, pero cuando surge alguna dificultad, este mismo niño parece de pronto desconectado de todos estos anclajes: "ya nadie sabe como ni porqué ha surgido la desviación de los cánones normales o habituales, parece que todo lo que antes estaba conectado queda de repente desconectado y gran parte de las "noticias" que recibimos es de una gran ininteligibilidad sobre lo que ocurre". Queda así, por tanto, el chico o la chica como un barco a la deriva con débiles anclajes. Es entonces cuando oímos desde los padres: "no entendemos lo que le pasa a este hijo, nos tiene confundidos, no hay razones para que esté así"... y desde el profesorado: "este chico no se integra, no se ajusta a los contenidos educativos, es muy difícil atenderlo en clase".

Esto ocurre una y otra vez y lo que sí puedo ratificar es que es el niño el que no sabe hablar de lo que le ocurre.

En este punto se solicita nuestra intervención, cuando hay una total falta de entendimiento y, es entonces cuando entraría la llamada al "experto" que ha de funcionar como el mago salido de la caja de sorpresas. No en vano Mara Selvini y colaboradores titulan el libro sobre este mismo tema El MAGO SIN MAGIA, porque en realidad no existe ni sirve la magia.

Ahondando en este punto, diría que el síntoma aparece tanto ante la escuela como ante la familia como algo aislado, algo que incomoda, que carga excesivamente los ánimos ya cargados de padres y profesores y se intenta plantear dicho síntoma como independiente del resto de la personalidad del niño y de su entorno.

Es también una gran dificultad para nosotros intervenir sin utilizar planteamientos "negativistas" en todos aquellos casos en que la familia piensa que los problemas de su hijo derivan de la escuela, la escuela opina que los problemas del alumno provienen de su entorno familiar y nosotros los psicólogos queremos relacionarlos con la familia y con la escuela.

Con todo esto, queda claro que al psicólogo rara vez nos llega una "demanda sistémica", suelen ser lineales y causales. Más concretamente, pocas veces escuchamos pedidos en el que padres o profesores se sienten implicados en la dificultad surgida entre el niño y ellos, como por ejemplo: "no se que me pasa con este alumno, o no se que nos pasa a mi hijo y a mí". Rara vez se oye la frase "necesitamos ayuda" y sí: "él necesita ayuda".

Actualmente el funcionamiento del Equipo es el siguiente:

- Cuando la demanda parte de la escuela, el primer contacto lo tenemos con el profesor, procuramos explorar todos los niveles implicados: cómo se manifiesta el problema, cómo afecta al maestro, cómo afecta al ritmo de la clase, cómo es la relación del niño con los compañeros, si juega cómo lo hace, cómo participa en tareas comunes...

Existen también casos, aunque en menor proporción, donde la conducta del sujeto afecta un radio mayor que el aula y entonces el problema se complica.

En los casos en que se ve afectado el rendimiento escolar, sí utilizamos test evaluativos, pero procuramos no darles un lugar prioritario.

En segundo lugar citamos a la familia y es aquí donde se nos plantea quizás uno de los problemas más importantes en lo que sería el abordaje familiar: en estos casos no hay demanda de atención familiar, por lo que queda invalidado uno de los postulados clásicos de la teoría sistémica, que es que para que el psicólogo sea útil tiene que haber el reconocimiento previo de "necesidad" por parte de la familia.

Hemos encontrado un camino que no siempre es útil: procuramos que el profesor sea el que transmita a la familia la posibilidad de solicitar nuestros servicios como un recurso escolar y municipal. Aún así, no siempre sirve, porque hay familias para las que los psicólogos no entran en sus planteamientos y si vienen es con desgana.

En estos casos en que las familias acuden como puro trámite y sin ningún interés, procuramos llevar a cabo una entrevista tradicional sin ninguna motivación terapéutica, pero al menos se procura dejar claro las posibles consecuencias para un futuro de lo que está surgiendo.

- Cuando la demanda es por trastornos del comportamiento, descartamos cada vez más el hacer un diagnóstico mediante test, en la idea de que en estos casos no nos sería de gran utilidad y además hemos podido comprobar cómo afecta al posterior tratamiento familiar el que el niño haya sido evaluado, por las expectativas que ello produce en los padres y porque se crean dos alianzas distintas, una con el niño y otra con la familia, lo cual desgasta de entrada la labor terapéutica.

- Finalmente cuando la demanda proviene directamente de la familia resulta más fácil, puesto que en estos casos ya acceden al tratamiento como en cualquier ámbito de salud mental, es decir, hay una demanda clara de "necesidad" y la disposición familiar es bastante más adecuada a los planteamientos sistémicos.

Me gustaría también decir que son pocos los casos en los que podemos ubicarnos en el mismo espacio padres, alumnos, profesores y psicólogos. Procuramos utilizarlo siempre que hay disponibilidad, pero por razones de organización escolar y de tiempo no son las deseadas. Cuando han coincidido todos estos factores, los resultados son favorables.

Para terminar quisiera aprovechar esta oca- sión para insistir en la importancia que para mí tiene el que intentemos revisar constantemente en qué medida cada cual estamos apoyando una vi sión sistémica de la educación y no disgregativa.

INTEGRACION DE LO SISTEMICO EN UN CENTRO DE ORIENTACION FAMILIAR

María Isabel García González.

Psicóloga y Psicoterapeuta de Familia.

Responsable del Area de Psicología del Centro de Orientación Familiar "Virgen de los Reyes". Sevilla.

1.- EL CENTRO DE ORIENTACION FAMILIAR

El C.O.F. es un servicio especializado e inter- disciplinar que ofrece orientación, asesoramiento y asistencia a las familias.

El Centro de Orientación Familiar "Virgen de los Reyes" de Sevilla es una Fundación Benéfico- Asistencial privada presidida por el Excmo. y Rev- mo. Sr. Don Carlos Amigo Vallejo, Arzobispo de Sevilla. Fue fundado en febrero de 1992.

1.1 Objetivos

- Ofrecer asistencia y orientación prematrimonial y matrimonial para el mantenimiento de la institución familiar, la prevención de situaciones conflictivas y la solución de problemas existentes.

- Mantener servicios especializados de tipo social, jurídico, médico, psicológico y moral para asesoramiento y atención de quienes se encuentran en dificultades en su unión matrimonial, situación prematrimonial y/o relaciones paterno- filiales.

- Preparar y ayudar bien sea individualmente o a la pareja en su planificación familiar, aplicando los conceptos de paternidad responsable instituidos por la doctrina católica.

- Colaborar con otros organismos religiosos o civiles, en las siguientes áreas: educación sexual, encuentros familiares, situaciones irregulares, prevención del aborto, etc.

- Realizar estudios de investigación sobre la problemática matrimonial y familiar

1.2 Funciones.

- Función de Orientación, de Asesoramiento y Asistencial.

A través de un equipo formado por distintos profesionales, el C.O.F. ofrece atención especializada en el plano individual, de pareja y familiar, teniendo en cuenta las nuevas necesidades que plantea nuestra sociedad de hoy.

- Función preventiva.

Es una de las funciones más importantes del C.O.F. Se realiza a través de todas las áreas estando involucrada la mayoría de los profesionales que intervienen en el Centro.

Se intenta difundir y crear una nueva manera de paliar los problemas familiares que afectan a nuestra comunidad.

- Función formativa docente.

Por una parte dirigida al equipo que compone el C.O.F. y por otra, a la formación de futuros profesionales o personas que estén interesadas a nivel personal o en su desempeño laboral.

- Función investigadora.

Consistente en el estudio de forma científica tanto de la demanda que llega al C.O.F. como de la evolución de las familias. Función esta de decisiva importancia para la evaluación del trabajo desarrollado y de la eficacia del Centro.

1.3 Organigrama del C.O.F.

(Ver Gráfico 1.)

1.4 Práctica de intervención en el C.O.F.

Hace unos tres años se reunió un grupo de profesionales con objeto de dar forma a un Centro que atendiera a la familia en la provincia de Sevilla, ante la problemática y demanda que se acrecentaba cada vez más en nuestra sociedad.

El trabajo de los que íbamos a componerlo sería voluntario y cada uno ofrecería su disponibilidad en días y horas. Esto, a la hora de formar un equipo, empezó siendo un handicap que poco a poco se ha ido subsanando, no sin dificultad.

Estamos todavía en los primeros estadios de nuestra andadura, adaptándonos a las diversas exigencias de los requerimientos sociales que se plantean en el curso del tiempo. A través del ensayo-error vamos desarrollando y modificando nuestra tarea.

Cada vez son más las familias que acuden al Centro. El primer año se atendieron 48 casos, el año 93 fueron 117, el número total de entrevistas en el pasado año fue de 408.

Los profesionales que componemos el Centro adoptamos, en la mayoría de los casos, la metodología sistémica. Las primeras entrevistas suelen efectuarlas los orientadores, quienes derivan a las distintas áreas según convenga. Prevalece el enfoque sistémico, mediante el cual se intenta implicar a los miembros de las familias. En el área psicológica nos llegan algunos casos individuales pero la gran demanda es de parejas y familias.

El motivo que anima a acudir a la consulta es el conflicto conyugal o la petición de separación en el caso de las parejas. Las familias

acuden por problemas derivados de las relaciones paterno-filiales, salida de los hijos del hogar, periodo que comienza cuando la pareja se queda sola, problemas escolares, desadaptación infantil, juvenil y en la adolescencia y problemas económicos y de desempleo. Mientras que las familias monoparentales solicitan ayuda por conflictos paterno-filiales, psicológicos y económicos.

Respecto al área social diremos que su trabajo ha supuesto un acercamiento a la población sevillana. El objetivo de este área es llegar al mayor número de familias posible para que tengan conocimiento del Centro, además de su colaboración con las distintas áreas en el trabajo con las familias, con las visitas domiciliarias, la gestión de ayudas económicas, etc.

En el área jurídica la consulta es motivada, sobre todo, por demandas de separación, desequilibrio económico de las familias monoparentales, etc. Se atienden casos paralelos con las demás áreas.

En el área médica, el tipo de consulta es de planificación familiar, aunque se trabaja generalmente a nivel preventivo dirigido a las parejas y a las familias.

A nivel formativo-preventivo, las actividades han sido numerosas.

En el C.O.F. se organizan cursos prematrimoniales para parejas que van a contraer matrimonio. En el año 1993 se han realizado 30 cursos a los cuales han asistido 272 parejas.

Además de este curso mencionado anteriormente se han llevado a cabo otros dirigidos a parejas y familias: "El duro camino de la separación", "Los hijos de las familias rotas", "Paternidad y educación", "Comunicación y diálogo en la familia", "La sexualidad en los adolescentes".

Por otra parte el área jurídica tuvo a su cargo el dedicado a "Causas de nulidad matrimonial: problemática actual y nuevos criterios doctrinales y jurisprudenciales.

Se pusieron en marcha, así mismo, Escuelas de Padres en diversas instituciones.

El área psicológica impartió e imparte cursos de formación sobre "Aspectos básicos de la Terapia Familiar" dirigidos a profesionales y futuros profesionales interesados en el Modelo Sistémico.

Dirigido a universitarios y profesores, se impartió un curso en la Universidad sobre "Control de la mente".

Se llevaron a cabo también Encuentros de separados y divorciados.

Por otra parte se tienen programados para el periodo 94/95 diversos cursos siendo el primero de ellos "La dinámica de la pareja en los cinco primeros años de convivencia", que llevará a cabo el área de psicología, dada la problemática de estos primeros años en la pareja y el número de fracasos que han sido detectados en el seguimiento de las parejas que asistieron a cursos prematrimoniales.

2.- INTEGRACION DE LO SISTEMICO EN UN CENTRO DE ORIENTACION FAMILIAR

Al comenzar a elaborar esta comunicación me preguntaba: ¿por qué es importante integrar un enfoque sistémico en el C.O.F.?

Me hallé reflexionando sobre mí misma como terapeuta, ¿por qué elegí el enfoque sistémico en mi trabajo?

Volví la vista atrás, hasta la época en que inicié mi labor como terapeuta infantil. Recuerdo a los primeros adolescentes que trataba, el entusiasmo con que lo hacía, quizá creado por mi propia inexperiencia. Trabajaba con una supervisión seria y metódica, pero me iba dando cuenta de que me faltaba algo que desde el primer momento creía tener en mis manos.

Cuando citaba a los padres, solos o con los hijos, algo fallaba. Aquello se convertía en un mero intercambio de información de cómo iban estos evolucionando en el seno familiar y en la terapia, y se reducía a algunas orientaciones de actuación. A veces los padres no querían que los hijos continuasen, bien porque el tratamiento llegaba a ser largo y costoso, bien por el cambio que observaban en estos. Creo que a algunos le asustaba el crecimiento de sus hijos.

Empecé a asomarme a la terapia sistémica gracias a un curso impartido por Nuria Hervás, prestigiosa terapeuta y excelente compañera, y descubrí una nueva forma de hacer terapia, mediante la cual, entre otros muchos hallazgos encontré que los hijos no debían verse como "enfermos únicos", sino debían ser considerados como parte de un sistema al que pertenecen cual es la familia.

Nos adentramos en los principios generales de la Teoría Sistémica, en los distintos modelos terapéuticos y en las grandes escuelas.

Veía ante mí un gran puzzle con muchas piezas extrañas y difíciles a la vez. Tenía que ponerme las "gafas sistémicas". Me sirvió de gran ayuda el respeto y la flexibilidad hacia otras corrientes que en mi formación psicoanalítica me había inculcado mi maestra Angeles Sánchez-Sarachaga.

Tuve mi primer contacto con un gran maestro de la terapia de familia, Maurizio Andolfi quien sentó en mí unas bases clínicas que me ayudaron a ir encajando piezas de aquel puzzle, con sus diversas técnicas: prescripciones, participación de los niños a través del juego, paradojas, etc. Y, sobre todo, lo que más atención me llamó y más me sirvió para mi trabajo fue la manera de introducirse en las familias a través de los hijos.

Todavía me faltaban muchas piezas por acoplar.

Conocí el trabajo de Mony Elkaim y su manera de hacer terapia, su famosa Resonancia.

Contacté con Olga Silverstein, exquisita terapeuta y notable supervisora.

Profundizando con la 2ª Cibernética conocí el Constructivismo y el Construccionismo Social, en los que encontré un lenguaje, una gramática y un marco conceptual distinto.

Como terapeutas pasamos, siguiendo estos modelos, a ser copartícipes de un proceso; no éramos observadores del sistema familiar, pertenecemos a él: la incorporación del observador en el sistema observado.

En la actualidad, las piezas del puzzle se van ajustando, tengo ante mí la tarea de ir buscando un modelo y estilo propio sin olvidar los grandes maestros, y, como dijo Ignacio Maldonado en un curso impartido en el Berkshire Medical Center de Massachusetts: *"las ideas y los conceptos surgen del intercambio social, no de una persona individual, todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales, interaccionales, en el ámbito del mundo compartido, de la danza común"*.

Además de estimar importante el enfoque sistémico por mi formación personal, lo considero de suma importancia a la hora de atender la demanda de consulta que se presenta en el C.O.F.

En la mayoría de ellas, el paciente designado es un hijo y detrás hay, casi siempre, dificultades en la pareja de los padres; el hijo, casi nunca, por sí mismo, acude a terapia y nunca podría evolucionar sin la ayuda y permiso de sus padres.

Una terapia sistémica abre a las familias una experiencia desconocida no exenta de riesgos, una nueva narrativa de su historia. Modifica un discurso habitual y problemático y explora otro más variado y amplio. Es deconstruir el mundo tal como lo percibe la familia para construir otro nuevo.

Cuando el pedido parte de un paciente individual por algún síntoma, creo que la presencia de éste en el seno de una familia se hace más acen- tuado. El síntoma llega a ser el punto de encuentro de las tensiones internas de la familia, de las cuales participan todos los miembros. El síntoma es el indicador de una perturbación de las relaciones dentro del sistema familiar.

Pero a la vez creo que el abordaje sistémico no es exclusivo como forma de intervención, los terapeutas de familia no podemos quedarnos restringidos a una sola perspectiva. Siendo un C.O.F. un Centro interdisciplinar donde pueden participar conjuntamente las distintas áreas, se puede ir más allá, y la aplicación de un Modelo Bio-psico-social me parece óptimo en nuestra suerte de trabajo.

**MEDIACION FAMILIAR: UNA ALTERNATIVA DE
RESOLUCION A LOS PROCESOS CONTENCIOSOS DE
SEPARACION Y DIVORCIO**

*María Dolores Rodríguez Dávila.
Psicóloga y Mediadora Familiar.
Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción de Cádiz.*

"La mediación en materia de separación o divorcio tiene como objetivo permitir a los padres ejercer sus responsabilidades parentales en un clima de cooperación y de respeto mutuo.

Las parejas solicitan o aceptan la intervención confidencial de un tercero neutral y cualificado, llamado Mediador Familiar.

El papel del mediador consiste en posibilitar que ellas mismas encuentren las bases de un acuerdo duradero y aceptable de mutuo acuerdo, en el sentido de co-responsabilidad parental, teniendo en cuenta las necesidades de cada uno de los miembros de la familia y en particular las de los menores". (Definición asumida por la Asociación para la Promoción de la Mediación Familiar. Francia).

La Mediación Familiar nace de la intersección de tres campos distintos, el jurídico, el psicológico y el social que intentan asumir la carga de un número de separaciones y divorcios que van en constante aumento así como la gestión de las consecuencias ligadas a la reorganización familiar.

Profesionales de estos tres campos han podido observar cómo el procedimiento contencioso que la ley establece como una de las dos vías para separarse o divorciarse no parece el más adecuado para resolver el conflicto familiar que se produce en torno a la crisis de la pareja. Este conflicto presenta para la familia tanto un coste económico como un coste psicológico que aumentan según avanza el procedimiento judicial. El coste económico se deriva de los gastos que supone tener cada uno de los esposos un abogado y un procurador para su defensa así como del tiempo que puede tardar en resolverse el pleito. El coste psicológico que ocasiona a todo el núcleo familiar se origina en el tipo de proceso basado en el enfrentamiento del adversario: cada una de las partes ayudadas por sus abogados van a intentar "ganar" el procedimiento a costa de la crítica de la "parte contraria", sin tener en cuenta las necesidades de los hijos que quedan en un segundo plano y sin pensar que con esta batalla se daña la imagen que los niños tienen de cada uno de sus padres.

Existe otra vía legal para separarse o divorciarse, la del mutuo acuerdo, que supone la negociación previa de las partes. Hay padres que son capaces de negociar y ponerse de acuerdo en el modo de realizar la ruptura y de reorganizar la vida familiar. Pero la mayoría de las veces esta negociación no suele realizarse directamente sino a través de los representantes legales: los abogados de una y otra parte con el conocimiento de sus clientes deciden de común acuerdo todos los aspectos que conlleva la separación. Estos aspectos son los siguientes: cómo van a cooperar los padres en el ejercicio de la función parental, cuál de los dos progenitores va a cuidar diariamente de los hijos, dónde vivirán éstos, cómo se relacionarán los menores con el padre con el que no conviven, de qué modo participarán los padres en la manutención de los hijos, cómo se realizará la liquidación de los bienes, si es necesario o no que uno de los padres ayude al otro para su manutención personal.... Este tipo de negociación por representante, aunque se haga efectiva en el juzgado, muchas veces fracasa al ponerse en práctica ya que los padres no se sienten vinculados a los acuerdos llegados al no haber participado en su negociación.

La Mediación Familiar surge así como alternativa a lo anterior como un proceso de ayuda a los padres que se encuentran con dificultades de llegar a acuerdos pero que tienen una voluntad de cooperación. Este proceso no jurídico se lleva a cabo a través de una tercera persona neutral y cualificada (el mediador) que les facilita la negociación y la posibilidad de llegar a un acuerdo parental aceptable para ambos en el que se sientan implicados.

La Mediación como proceso de negociación se viene practicando desde hace siglos en distintas partes del mundo y desde hace algunos años en América del Norte en diversos campos: en los organismos industriales, en el mundo de los negocios, en los conflictos laborales, en las relaciones vecinales, etc. Su aplicación en materia de separación o divorcio se remonta a muy pocos años.

En Estados Unidos los primeros cuáqueros practicaron la mediación y el arbitraje que se aplicaban para las desaveniencias matrimoniales.

Posteriormente los chinos inmigrados en los Estados Unidos durante la mitad del siglo XIX crearon la "Asociación China de Socorro Mutuo" para resolver las disputas familiares o de comunidad por medio de la mediación.

A partir de los años 70, profesionales del mundo del Derecho, terapeutas de pareja, terapeutas familiares y trabajadores sociales comienzan a desarrollar la mediación como alternativa al sistema del adversario en materia de separaciones y divorcios (Coulson, 1969; Fuller, 1970; Griffin, Santos y Penterbon, 1970; Coogler, 1971; Haynes, 1978; Folberg y Taylor, 1984) apareciendo los primeros servicios de mediación familiar.

Durante esta década los servicios de mediación familiar empiezan a proliferar en otros países como Gran Bretaña (1973) y Canadá (1978). En los años 80 aparecen en Bélgica (principios 1980), Italia (1987), y Suiza (1988). Finalmente en los años 90 surgen en Francia y en España.

Los servicios de mediación familiar que se han creado en todos estos países parten tanto de la iniciativa privada (gabinetes, asociaciones, etc.) recibiendo en ocasiones ayuda estatal, como directamente de la iniciativa pública (ayuntamientos).

La Mediación Familiar en materia de separación o divorcio es un proceso metodológico muy preciso. No es ni terapia, ni asesoramiento conyugal, ni asesoramiento jurídico aunque se sirve de estos tres campos situándose en su punto de encuentro.

Al proponer a las parejas en proceso de separación un lugar neutral y confidencial y la presencia de una tercera persona cualificada e imparcial, la Mediación Familiar permite hacer una pausa en el conflicto, analizarlo y verificar si la decisión de separarse es la mejor para resolverlo, si es el único final posible a la relación de pareja antes de empezar a negociar para llegar a acuerdos sobre la futura organización familiar.

Es posible que tras este análisis un reajuste en la relación permita seguir a la pareja juntos. Y esto se realiza en el servicio

donde se practique la Mediación. Los resultados indican que tres parejas sobre diez que acuden a un servicio de este tipo deciden continuar su camino juntos al término de las dos primeras entrevistas. Entonces es posible que el mediador les derive si lo encuentra necesario a otros profesionales: terapeuta individual, terapeuta de pareja, terapeuta de familia, consejero conyugal...

La Mediación Familiar puede intervenir en cualquier momento de la separación:

* Antes de iniciar el procedimiento judicial:

- A menudo acude uno de los miembros de la pareja para hablar sobre el tema de la separación o para pedir ayuda para conseguir que el otro acuda a la mediación.

- Cuando la decisión está tomada y acuden los dos miembros de la pareja.

* Durante el procedimiento judicial:

- La pareja a través de sus abogados solicitan al Juez de Familia que suspenda el procedimiento temporalmente mientras realizan la mediación.

* Una vez finalizado el procedimiento judicial:

- Sabemos que alrededor de tres decisiones sobre cinco tomadas al término del procedimiento vuelven al Juez de Familia demandando modificaciones. Estas modificaciones reflejan la imposibilidad por los padres de vivir lejos de sus hijos, que no suelen ser consulta dos sobre la educación de éstos. Y para las madres, la imposibilidad de tener que asumir solas la crianza de los hijos, las responsabilidades financieras, etc.

La Mediación Familiar va a intentar volver a centrar a la pareja parental frente a sus responsabilidades.

Una vez verificada la decisión de separarse el proceso queda estructurado en dos grandes etapas que van a permitir abordar:

- Las responsabilidades parentales y
- Las responsabilidades económicas.

Cada una de las etapas se dividen en varias fases con unos objetivos a cumplir, desarrollándose estas fases mediante entrevistas. Para pasar de una fase a otra el mediador utilizará técnicas de negociación y de gestión de conflictos, técnicas que faciliten la comunicación entre los padres, que los centre en las necesidades de sus hijos, etc.

En las responsabilidades parentales los padres negociarán y tomarán acuerdos sobre: dónde van a vivir los niños, qué padre se encargará del cuidado diario de ellos, de qué modo se relacionarán con el padre con el que no convivan así como con su familia extensa, qué tipo de educación quieren que reciban sus hijos, cómo se interesa-

rán por su marcha en la escuela, cómo será su formación religiosa, sus actividades extraescolares, etc., qué valores familiares en definitiva quieren transmitir a sus hijos mediante un proyecto parental común. De esta forma los padres fijarán por sí mismos todos aquellos aspectos que afecten a la vida de sus hijos así como el modo en que se ejercerá la autoridad parental una vez que se ha producido la separación.

En las responsabilidades financieras negociarán y llegarán a acuerdos sobre el modo en que cada uno de ellos participará en la manutención de los hijos así como la forma en que se repartirán los bienes y las deudas que puedan tener en común.

Los hijos no participan durante el proceso de toma de decisión. Estos serán invitados a una entrevista al final de la mediación para que tengan conocimiento de los acuerdos a los que han llegado sus padres y que afectan a sus vidas. En esta entrevista los hijos podrán dar su opinión sobre su tiempo libre, sus gustos, etc. que será tomada en cuenta por los padres.

La redacción del proyecto de acuerdo parental permitirá poner por escrito todas las decisiones tomadas directamente por los padres. Con este proyecto los padres podrán acudir a un abogado para que le de forma legal y de este modo pueda ser presentado en el Juzgado de Familia y aprobado por el Juez.

No se puede decir que haya existido un enfoque tradicional en Mediación Familiar al margen del enfoque sistémico pero tampoco se puede hablar que haya sido o sea practicada desde este enfoque ya que la Mediación Familiar como hemos visto antes tiene un proceso metodológico muy preciso que se apoya teóricamente no sólo en el modelo sistémico sino también en la teoría de resolución de conflictos, la teoría de la comunicación y la teoría de las crisis.

El enfoque sistémico enriquece como modelo teórico la práctica de la mediación centrándose en la familia considerada como una entidad relacional entre padres e hijos.

Cuando la pareja acude a mediación, la familia como sistema se encuentra en crisis produciéndose un desequilibrio en el mismo. Aunque la crisis se origina en la pareja conyugal sus consecuencias se expanden a todo el sistema: a la pareja parental, a las relaciones entre padres e hijos, a las relaciones entre la familia nuclear y la familia extensa, y también con el entorno social (escuela, trabajo, amigos, etc.).

Los esposos durante la crisis experimentan unas emociones tan intensas de miedo, dolor, ira... que se sienten incapaces de tener en cuenta las necesidades de sus hijos. La Mediación Familiar les ayuda a centrarse en su papel de padres, y les facilita la toma de acuerdos sobre la reorganización familiar buscando así un nuevo equilibrio para el sistema.

La Mediación Familiar se constituye así en un instrumento privilegiado para la prevención de las disfunciones familiares impidiendo que los menores sean utilizados en el conflicto familiar

y reper- cutiendo beneficiosamente de este modo en la futura generación, al permitir a los hijos del divor- cio abordar con más serenidad su propia vida con- yugal y su lugar propio como padres.

BIBLIOGRAFIA

BERNAL, T.: "La Mediación Familiar: Situación en España". Rev. *Infancia y Sociedad*, nº 16, 1992.

THEAULT, M. y DAHAN, J.: "La Mediación Familiar: Su inserción en Europa". Rev. *Infancia y Socie- dad*, nº 16, 1992.

Documentación del Curso de Formación en Me diación Familiar. L'Ecole des Parents et des Educa- teurs île-de-France. UNAF. Madrid, 1993-1994.

DISFUNCION ESCOLAR Y ABORDAJE SISTEMICO

Rafael Nieto Rivera.

Psicólogo y Psicoterapeuta.

Centro Docente María. Mairena del Aljarafe (Sevilla).

Toda perspectiva científica, toda escuela es una mitología. Es una imagen de la realidad... Es probable que si la realidad existe, no sea directamente observable. Solamente podemos hacer hipótesis, sólo podemos crear mitologías. Sería muy peligroso, supongo, que nuestra mitología correspondiese a la verdad. El criterio es la eficacia.
(P. Watzlawick)

En 1986 inicié mi trabajo en un Centro Escolar como psicólogo encargado de tareas reeducativas en el área del lenguaje. Así, mi intervención se centraba en el niño que presentaba la dificultad, el síntoma, tras el señalamiento del profesor; dicha intervención la realizaba bajo el prisma mecanicista, según el cual el individuo y su síntoma constituyen el objetivo de trabajo por excelencia. Partiendo de aquí, me dispongo a narrarles una historia, mi historia, acerca de mi intento de pasaje de una epistemología causalista -que sostiene que todo síntoma viene a ser una especie de "avería" en la "maquinaria" del individuo- a una epistemología circular -donde la disfunción del individuo es remitida a un contexto ecológico en el que dicho individuo se inscribe.

Ya desde el inicio de mi tarea y durante dos años (de 1986 a 1988) me vi confrontado con un hecho que, ante el señalamiento de un alumno con disfunción, se repetía con mucha frecuencia y era la disparidad de criterios y opiniones provenientes de docentes, familiares y del propio alumno en torno al problema o la disfunción, sus motivos, las soluciones propuestas... y además estaba mi propia visión de las cosas.

Entonces creía encontrarme ante distintas "interpretaciones" del problema. Así, confrontado con esta diversidad de "lenguas", optaba por indagar en el síntoma y reparar la "avería", intentarlo, aunque eso sí, con la convicción en el espíritu de que no me hallaba ante una "máquina". Veía como mi bagaje psicodinámico no era operativo en este contexto y que mi preparación psicopedagógica orientada al individuo y al síntoma era insuficiente para llevar a cabo una intervención satisfactoria. Efectivamente, los síntomas se "resistían", prolongándose la reeducación cuando no apareciendo nuevas disfunciones en el alumno. Sólo más tarde me percaté que cuando por diversas razones me reuní con el niño y su familia, para dialogar sobre el curso del trabajo con aquel, esto incidía en la disfunción del lenguaje.

Me hallaba en una especie de *impasse* epistemológico, pues en el diálogo con mis interlocutores, el docente, el alumno y su familia notaba la presencia de una gran cantidad de información, al tiempo que observaba la manifestación de comportamientos en las reuniones conjuntas que llamaban mi atención, provenientes del alumno, de los

padres, del docente y de mí mismo. Sin embargo, no sabía cómo operar con lo observado desde mi enfoque individual, encontrándome en una situación que me recuerda al sujeto del chiste que se disponía a buscar el objeto perdido bajo la luz de la farola por ser un lugar donde se veía claro pese a que no era el sitio donde lo perdió.

Al final de esas entrevistas conjuntas y tras registrar la información descriptiva tenía la sensación de llevarme un pesado fardo a cuestas: era la complejidad sistémica no percibida pero sí sentida.

Fue en 1988 cuando tras iniciar mi formación en la Terapia Familiar Sistémica me percaté de que había una nueva manera de considerar lo observado en mi trabajo y empecé a comprender que desde el comienzo de mi actividad en la escuela y ante la disfunción escolar yo estaba confrontándome con la complejidad de la confluencia de tres epistemologías provenientes de tres sistemas que se daban cita en la comunidad escolar; tales eran: el sistema familiar, el personal docente y mi propio sistema personal.

Más tarde, apareció en mi recién atisbado horizonte sistémico, el sistema de la "clase" y el del cuerpo directivo. Finalmente tomó consistencia la noción de la Comunidad Escolar como sistema que englobaba a los mencionados convirtiéndolos en "subsistemas".

En todo este proceso fui observando mi propia manera de observar y de considerar los hechos cuando alguien señalaba un problema en el alumno; y así se ha ido configurando un nuevo "sistema": la comunidad escolar-y-la-intervención, que como psicólogos realizamos.

Es sin duda justificado incluir en esta mesa redonda que versa sobre "Familia, evolución y conflicto", la cuestión escolar en la medida en que dentro del devenir de la familia se va a producir un acontecimiento altamente significativo, y es el encuentro con la vida escolar y con la Escuela como organización situada más allá de las fronteras familiares. Esto, de por sí, conlleva cierto grado de conflicto, pues ambos sistemas habrán de partir desde ese momento las tareas educativas con respecto al niño, teniendo en cuenta que se trata de sistemas que tienen su propia historia, estructura y reglas... y una identidad particular alcanzada a través del curso del tiempo. Así, cuando surgen problemas es esperable que el grado de conflicto se eleve produciéndose en muchas ocasiones disturbios en la comunicación entre ambos sistemas, a pesar de que les ocupa y preocupa al canzar el mismo objetivo: el niño y su desarrollo, así como su proceso de adaptación a la vida social.

En mi opinión, y tras trabajar bajo su prisma como psicólogo encargado del gabinete psicopedagógico en un centro escolar durante cinco años, el enfoque sistémico constituye un instrumento imprescindible para considerar la complejidad de la comunicación y de las interacciones humanas dentro de la organización escolar.

En esta situación de pasaje de una epistemología lineal a una epistemología circular que considera las influencias mutuas entre los distintos individuos que integran los sistemas me han ido surgiendo un puñado de ideas destiladas durante estos años y que deben mucho a las personas con las que compartí mi proceso de evolución

hacia una concepción sistémica de la psicología, así como a la obra de diversos autores de la órbita sistémica. Quiero expresar mi gratitud a Nuria Hervás, quien, con un estilo claro y sencillo, fue capaz de introducirnos a un grupo de profesionales provenientes de la psicología dinámica, en la complejidad de la perspectiva sistémica. También agradezco a las familias y a los profesores con quienes trabajo el haberme iniciado, en cierto modo, en la experiencia sistémica. La obra de Mara Selvini y su grupo inicial de Milán ha constituido una verdadera brújula orientadora y me ayudó a dar forma y consistencia a mi trabajo en la escuela. También la obra de Evequoz sobre enfoque sistémico en la escuela ha influido en mi trabajo, así como de modo especial el trabajo de Minuchin y de Watzlawick y el grupo del M.R.I..

Lo que hallé en mi "zambullida" en la complejidad sistémica de la Escuela es lo que a continuación expongo:

1º) Desde mi experiencia, el respeto por el orden jerárquico de la escuela por parte del psicólogo, es decir el respeto a los directores escolares, supone un requisito fundamental que previene contra importantes disturbios entre éstos y aquel.

Como señala Evequoz, el psicólogo escolar debe ser comunicólogo y por ello debe, desde el primer momento, establecer las bases de una adecuada comunicación con la directiva del centro escolar. Ello lleva al psicólogo al reconocimiento de la realidad efectiva de dos factores ineludibles: el poder y la jerarquía. Ignorar esto supone un error epistemológico, pues el psicólogo debe dejar claramente expresado que reconoce quién es el número uno de la escuela. Es preciso que ante la dirección del centro, el psicólogo plantee su tarea con transparencia al tiempo que se muestra claro y actúa con franqueza. Esto implicará lo que Selvini llamó la *exclusión de altanería y presunción*. Así, desde la perspectiva sistémica, el psicólogo escolar no desafía la estructura jerárquica. Por otra parte, su contrato con la dirección debe reflejar, con claridad y concreción, en qué se fundamentará su intervención, especificando el modo de llevarlo a cabo, estableciendo una relación de colaboración con el director. Por el contrario, erigirse en competidor supondrá una escalada de la que el psicólogo y su labor se verían seriamente dañados.

2º) La relación del psicólogo con los profesores del centro debe estar definida en términos de colaboración, evitando aquel todo intento aleccionador, pues, no debiera olvidar que maestro es aquel que enseña y esto es una especie de bagaje "arquetípico" que entra en franca contradicción con una situación en la que es el maestro quien recibe lecciones acerca de cómo deben hacerse las cosas. Su visión del problema escolar del alumno y su experiencia de la clase, hacen del maestro un elemento del sistema escolar imprescindible para el abordaje de la situación problema. Así, el carácter de la vinculación con el docente afectará, sin duda, la eficacia de la tarea del psicólogo.

3º) El psicólogo escolar con enfoque sistémico debe construir un marco adecuado para favorecer una comunicación funcional entre los distintos

sistemas e individuos que integran la comunidad escolar. Para ello es necesario que oriente su observación hacia las interacciones y las influencias que configuran el mapa relacional en el contexto educativo.

4°) La metodología de trabajo viene dada por la creación del contexto de la "mesa redonda" donde se establezcan propósitos concordantes en relación con la problemática del alumno o con la situación-problema. En ese contexto, el psicólogo se presenta como alguien que ayuda a los otros a conducirse ante una situación disfuncional, de ahí su papel de comunicólogo.

5°) El objetivo fundamental del psicólogo en la escuela debiera ser la búsqueda de recursos personales ante la presencia de disfunción, recursos que están presentes en los individuos y los sistemas. Y para ello debe estar implícito que todos aquellos que participan en la situación-problema son imprescindibles para la búsqueda de soluciones. El psicólogo actúa a modo de guía en la consecución de dicho objetivo, tomando aquí las riendas del proceso de intervención y, en este sentido, sí me parece adecuado que se muestre directivo.

6°) La intervención sistémica en la escuela se orienta a la búsqueda de respuestas acerca de las siguientes preguntas básicas:

- a.- ¿Cuál es el problema?.
- b.- ¿Qué intentos de solución han llevado a cabo los diferentes intervinientes?.
- c.- ¿Qué se espera de la intervención del psicólogo?.
- d.- ¿Qué están dispuestos a hacer los intervinientes para resolver el problema?.
- e.- ¿En qué contexto ecosistémico se manifiesta la disfunción escolar, cuál es el momento del ciclo vital individual y familiar; características de la comunicación en el grupo-clase, qué hay de la comunicación entre los padres y la escuela...?

7°) Para llevar a cabo de una manera eficaz su trabajo en la escuela, es muy importante que evitemos toda connotación negativa de las personas y de la institución. En no pocas ocasiones se reclama al psicólogo escolar que adopte una especie de papel de juez que dictamine acerca de situaciones comunicacionales disfuncionales, donde aparecen vivencias de injusticias y culpabilización. Tomar partido en este caso supondría, como ya dijo Bateson, en relación con los modelos mecanicistas de intervención, comprometerse en una acción que ignora el circuito sistémico.

8°) Por contraposición la connotación positiva me parece que es un ingrediente de enorme valor en el ámbito escolar, pues ante la emergencia de disfunciones en la escuela tanto los enseñantes como la familia e incluso el alumno parecen temer la posibilidad de la recriminación, la culpabilización e incluso el señalamiento de incompetencia. Mediante la connotación positiva metacomunicamos nuestro respeto ante las limitaciones y errores humanos a los que

todos estamos sujetos. Esto no significa que ignoremos los aspectos negativos de la situación comunicacional, sino que se trata de resituarlos en un contexto constructivo.

9°) El psicólogo escolar que intente arribar a la epistemología ecosistémica debe, creo yo, afrontar el hecho de que la concepción sistémica es algo que está en la mente de un grupo, que es una construcción, un modo de percibir los hechos, que en absoluto forma parte de la cosmovisión general de la sociedad. Muy al contrario será invitado una y otra vez -cuando no tentado- a intervenir en la situación problema centrándose en el síntoma, en el individuo, y a dictaminar y etiquetar en pro de la simplificación y en defensa del más valorado tesoro de la mentalidad mecanicista: la perspectiva centrada en lo individual y en la causalidad lineal. Así, impelido por el mito social de la máxima eficacia en el menor tiempo posible, el psicólogo puede verse empujado a una empresa de héroe que cabalga en solitario, guiado por un "*furor curandis*".

10°) La noción sistémica de Ciclo Vital Familiar constituye, a mi entender, una herramienta de trabajo fundamental para el abordaje de la problemática escolar, entendiendo por tal todos aquellos acontecimientos nodales que configuran el desarrollo evolutivo de la familia. Sin el acercamiento a las cuestiones del ciclo vital familiar, a la teoría y pragmática de la comunicación y al estudio de los sistemas, la tarea del psicólogo ante la problemática escolar se reduce, en mi opinión, al abordaje del síntoma, la descripción y el procedimiento diagnóstico, cuando no a un experto en tecnología educativa.

En mi experiencia pude constatar que en todos los casos abordados siempre estaba presente o se producía un hecho nodal en el ciclo vital familiar, una transición en la evolución familiar, concomitantemente a la manifestación de la disfunción. Pude observar cómo la vida emocional familiar y sus avatares inciden de manera constante en los procesos cognitivos del niño con disfunción. Así, todo disturbio comunicacional en el seno familiar o entre la familia y la escuela, deja su huella en la cognición del niño.

11°) El psicólogo escolar, en congruencia con el modelo sistémico, debe habérselas con dos aspectos fundamentales en su trabajo:

a.- Por un lado, con la cuestión de las coaliciones en las relaciones personales donde dos a más sujetos se unen haciendo causa común, pues, aquel tiene en mi opinión la responsabilidad ineludible de responder de forma funcional ante este hecho relacional humano. Así, ante la oferta de coalición, el psicólogo ha de estar atento a que en sí mismo el hecho implica la existencia de una parte perdedora y connota la existencia de crisis en el sistema, sobre todo si se trata de coaliciones negadas.

b.- Por otro lado, con su propia vida familiar y sus contextos de aprendizaje. De acuerdo con Selvini, el psicólogo ha de ajustar cuentas consigo mismo. Tiene la ineludible tarea de reconsiderar las propias pautas familiares, confrontarlas, reconocerlas e intentar

operar cambios en sus propias pautas de interacción, y ello porque, no se insistirá lo suficiente en esto, el psicólogo mismo es el instrumento más importante de trabajo dentro de las instituciones. El precisa de un conocimiento de sí mismo, de sus modalidades de interacción y comunicación, pues es un interlocutor en el diálogo sistémico que recibe y responde a los mensajes de los otros. Debe observar como él mismo forma parte del sistema observado y lo más importante es que tiene la gran responsabilidad de buscar las respuestas más adecuadas, más convenientes a la situación comunicacional con la que se enfrenta en su tarea. Cuanto más ignore de sí en este sentido, contará con menos recursos para emplear en su intervención. Tiene que saber responder a la pregunta: ¿cómo me sitúo ante los particulares modos de responder de los interlocutores ante los problemas?. Y ello conllevará confrontarse con sus contextos de aprendizaje en cuanto a hábitos, premisas y actitudes que se encuentran ligados al presente viniendo del pasado. En definitiva se trata de cuestionarse cómo nos comportamos en relación al otro. Me parece que esto puede ayudarnos a adquirir un talante lo suficientemente humilde -además de honesto y congruente- y operar con lo posible dándonos cuenta de que el cambio dentro de las organizaciones como la escuela debe comenzar a producirse en uno mismo, en el propio psicólogo. El debe, por tanto, remirar su vida de pertenencia a sus seres queridos, a sus orígenes y observar su andadura en la complejidad y en la vida relacional.

BIBLIOGRAFIA

- EVEQUOZ, G. *Le contexte scolaire et ses otages*. París: Les editions ESF (1987).
- SELVINI, M. y otros. *El mago sin magia*. Barcelona: Ed. Paidós (1987).
- SELVINI, M. y otros. *Al frente de la organización*. Buenos Aires: Ed. Paidós (1988).

HACIA UN MODELO SISTEMICO EN EL MARCO DE LA EDUCACION PARA LA DIVERSIDAD

Carmen Rodríguez Sánchez.

Psicóloga.

Centro de Orientación Educativa y Profesional del Bajo Guadalquivir. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

Delegación Provincial de Educación y Ciencia de Cádiz.

Lo que aquí vamos a proponer no es la aplicación del modelo relacional-sistémico a nuestro trabajo, al menos no del todo. Sí es, una lectura desde la perspectiva sistémica del abordaje realizado por el equipo. Es cierto que hay momentos en que nuestra propuesta y el modelo sistémico casi se confunden, pero hay otros en que se establece una distancia importante. Hacemos aquí y ahora mención de "El mago sin magia" de M. Selvini y otros, y de "El cambio en los contextos no terapéuticos" de S. Cirillo para evitar así estar constantemente citándolos a lo largo de toda la exposición. Una última aclaración antes de empezar, decir a aquellos que noten la falta de referencias familiares que han sido premeditadamente obviadas; en otro momento y quizás en otro lugar hablaremos de ello.

EL SETTING

En primer lugar intentaré encuadrar el sistema en el que se desarrolla nuestra intervención. Esta tiene lugar en un C.O.E.P. (Centro de Orientación Educativa y Profesional), organismo de carácter público dependiente de la Junta de Andalucía, existen varios en cada una de las provincias y sus funciones son básicamente: detección, tratamiento y seguimiento de casos de necesidades educativas especiales y el asesoramiento de las dificultades en el aula, es sobre ésta función sobre la que nos detendremos aquí.

Los equipos se componen fundamentalmente de psicólogos y pedagogos, pero también, algún maestro, médico y logopeda. En cuanto a la formación específica es igualmente heterogénea ya que nuestra procedencia es incluso de equipos diferentes preexistentes ya al C.O.E.P. (E.A.T.A.I., S.A.E., E.P.O.E.) que se fusionan tras un intento de la Administración por coordinar los distintos cursos de apoyo a los centros escolares y acabar así con un trabajo desconexo en el tiempo, confuso y a veces hasta contradictorio tanto de cara a los centros como para los profesionales que integran los equipos. Otro elemento decisivo para entender nuestra intervención (además de la creación de un marco normativo para la unificación de los Equipos de Apoyo Externo) es la clarificación de las medidas para la Atención a la Diversidad para la enseñanza primaria y secundaria. Se apuesta aquí y partiendo de un modelo de la escuela comprensiva por facilitar el protagonismo de la individualización y es un intento de solucionar la contradicción actual de la integración, en la que son los alumnos los que tienen que adaptarse a la escuela, cuando lo deseable sería más bien lo opuesto, es la escuela la que debe adaptarse a cada individuo, más que a cada individuo a cualquier manifestación de diversidad,

que en el ámbito educativo puede derivarse de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos y religiosos así como de las distintas capacidades intelectuales, psíquicas, sensoriales, motóricas y del rol sexual de los individuos.

Se preconiza también desde este documento un cambio del concepto de evaluación psicopedagógica, un cambio también de la sumisión de responsabilidades del centro en cuanto a toma de decisiones y por lo que respecta a los equipos de apoyo un cambio en los centros atendidos, ya que se disuelve con carácter definitivo la red de centros prioritarios y nuestra actuación se extiende ahora a toda la red escolar (todos los centros públicos y concertados), pero si somos los mismos de antes y nuestro trabajo se ha duplicado, ¿cómo hacer?, la explicación es bien sencilla, mientras han existido Centros Preferentes nuestro marco normativo nos exigía dar respuesta a los centros de todo aquello que nos demandaban independientemente de lo acertado o no de su petición (por el momento, la forma o la petición en sí...); ahora que la normativa es diferente por razones obvias, estamos en una situación que nos permite contratar y no asumir intervenciones, es precisamente desde un protocolo de acceso elaborado con tal fin, el de estructurar la demanda desde donde surge una lectura en clave sistémica de todo lo que podría ser nuestro trabajo.

ANÁLISIS DE DEMANDA

Hacer un análisis de demanda conlleva también hacer una descripción del contexto en el que surge, hasta ahora gran parte de las peticiones hechas por los centros se han dirigido a nosotros como si de una opinión experta, superespecialista y prestigiosa se tratara pero a la vez una opinión que no tiene ningún peso si el centro así lo quiere, a todos resulta evidente la estructuración de un nuevo contexto de intervención si queremos que el protocolo de acceso sea una herramienta útil en nuestro trabajo; por lo tanto se hace justo y necesario modificar todas aquellas prácticas que desde nuestras propias respuestas han reforzado la expectativa del centro de derivar en los especialistas y descalificar después si no le han dicho lo que quería oír. Nos encontramos así con una primera dificultad la de redefinir la relación C.O.E.P.-Escuela y elaborar reglas tendientes a asegurar el control de esa relación (creación de un foro donde se impliquen distintos elementos jerárquicos, establecer un calendario de actuación, formalizar un compromiso escrito...).

Cirillo en su libro *"El cambio en los contextos no terapéuticos"* nos dice: *"Durante muchos años en Italia para designar la perspectiva sistémico-relacional, predominó el término terapia familiar, más allá de los intentos que se han hecho por criticar esta equiparación por ser demasiado reductiva, se ha reconocido que ésta costumbre de designar la parte por el todo no carecía de justificación. En efecto, es muy cierto que la óptica sistémica es un modelo de interpretación de la realidad que trasciende al sector limitado de la psicoterapia; pero también lo es que en lo que se refiere a las ciencias psicosociales la contribución principal de la óptica sistémica ha sido precisamente la psicoterapia familiar; pero si nuestra óptica sistémica es un modelo interpretativo de la realidad, una clave de lectura, debe entonces proporcionar las herramientas de*

comprensión y de intervención incluso en las franjas no terapéuticas de nuestro tra- bajo".

Es precisamente desde esta visión, la de proporcionar herramientas para la comprensión-in-tervención desde la que acudimos al modelo sistémico, acudimos a él para comprender qué nos ha pasado en nuestro pasado imperfecto pero también para modificar nuestras estrategias de intervención que hasta ahora se habían dado en un modelo lineal de investigación causal en el que hay un experto que asume la demanda. Damos un paso adelante en la idea de circularidad, en el que una situación problemática señalada pasa a ser analizada como una disfunción sistémica que implica a varios elementos y personas, además de la señalada y de quien hace el señalamiento. Se extiende el campo de observación y aumenta el número de personas en interacción acerca de esa disfunción (por la que se nos hace una petición), aumenta el número de personas que se comunica con otras, entre las cuales voy a estar yo. El peso específico de la intervención ya no recae en mí (ni como prestigioso, ni como opinión descalificada) ya que he adoptado la actitud de no poder actuar sin la colaboración de los demás, por lo tanto la definición del contexto de trabajo será en palabras de M. Selvini "contexto de colaboración" o como diría Minuchin "coparticipación" que permita una coconstrucción de la intervención, sintiéndose responsables en la misma medida el centro escolar y el C.O.E.P., es por ello, que en el protocolo debe figurar quiénes serán los responsables de la intervención (desde dentro y fuera del centro) con qué recursos se cuenta y la temporalización de la misma, se crea así una mayor implicación en la tarea por ambas partes, implicación que intrínsecamente aleja nuestro temor hacia todas aquellas demandas delegantes que con tanta facilidad se reproducen, propiciadas entre otras muchas razones por la situación paradójica que en la escuela se da de que quien hace la demanda no es quien presenta el síntoma (hablando en términos clínicos), ¿quién es, entonces, nuestro paciente?; si partimos de la idea de que pacientes son todos aquellos que piden ayuda, la escuela es objeto de nuestra intervención y también el individuo, pero también lo es el aula, el ciclo, la familia, etc, en definitiva todo el conjunto de personas que tiene que ver con la demanda. Se ha producido aquí un cambio en nuestras estrategias de intervención, no vamos a actuar sobre el individuo, sino sobre los distintos subsistemas a que pertenece y que están en relación, no fijando grandes objetivos, sino metas muy limitadas que se llevan a cabo en el nivel de subsistema. Este protocolo de acceso nos obliga pues, a cambiar el foco que antes empezaba y acababa en el individuo. A través de la ampliación de este foco hemos de evitar eso sí, culpabilizaciones estériles, reforzando la idea de que el maestro o el colegio no son los causantes del problema, pero sí un arma eficaz en el tratamiento. Está claro que no necesitamos que toda la escuela sea la responsable de la intervención que demanda, sólo intervenir en un contexto que permita transmitir que la escuela puede desempeñar un papel más o menos importante. Puede ser también que tras un análisis de los distintos subsistemas implicados pueda retomarse la idea de hacer un trabajo individual porque eso, y no otra cosa es lo que requiere el caso.

A través de este protocolo descartamos también el carácter de urgencia de algunas demandas, cuya cumplimentación y posterior envío debe estar apoyado por el equipo responsable en el centro, asimismo no es prescriptivo ya, hacer este tipo de intervenciones sin una

previa coconstrucción de las mismas. Se minimiza así la oportunidad de pedidos rápidos ante angustias puntuales. En el protocolo se solicita información sobre las distintas soluciones tomadas con anterioridad así como de los resultados obtenidos, la pregunta: ¿por qué ahora?, queda respondida.

¿Cuál es el problema?, llegamos ahora al tema del pseudoacuerdo, elemento distorsionante que aparece cuando la coconstrucción de la intervención no se ha realizado de manera satisfactoria, de manera que cada una de las partes tiene una idea muy diferente de cual es el problema sobre el que se va a actuar, formulamos por lo tanto, preguntas muy operativas de las que esperamos respuestas igualmente concretas que no permitan dudas sobre las dificultades sobre las que vamos a incidir. Asimismo sondeamos las expectativas con respecto a las posibilidades de mejora o progreso del caso después de la intervención. Aludimos también a una serie de elementos que nos ayuden a redefinir en positivo la situación problemática, solicitando información de todas aquellas habilidades, competencias y recursos que nos facilitan el trabajo.

El protocolo de acceso del que aquí hemos hablado no es sistémico, ni deja de serlo, dependerá del contexto en el que se utilice; por lo tanto, lo aquí expuesto de ninguna manera intenta ser un modelo, es sólo una primera aproximación surgida de la propia diversidad del equipo que ya mencioné, es nuestra manera de afrontar una dificultad porque también nosotros, igual que los alumnos con dificultades de aprendizaje, también nosotros nos sentimos profesionales con dificultades para desempeñar nuestra tarea de manera eficaz y satisfactoria.

**PERSPECTIVA E INTERVENCION SISTEMICA EN
FAMILIAS MALTRATANTES**

Reyes Pinna García.

Psicóloga y Psicoterapeuta de Familia.

*Colaboradora de la Asociación Andaluza para la Defensa y la
Prevención del Maltrato Infantil (A.D.I.M.A.). Sevilla.*

INTRODUCCION

Se viene haciendo patente para los que trabajamos en el ámbito de la familia y la infancia, la necesidad de modificar las alternativas de solución para los casos de abandono y maltrato infantil, tratando de introducir nuevas alternativas a la, hasta ahora más generalizada, separación del niño de su familia.

Se percibe de manera clara que una de las lagunas más importantes de los sistemas de protección infantil se centra en la casi total ausencia de programas de intervención familiar para casos de maltrato y abandono.

Así, LA GUIA DE ATENCION AL MALTRATO INFANTIL EN ANDALUCIA editada por ADIMA, considerada como uno de los documentos más actualizado y riguroso en este tema, nos dice en el apartado: "Los servicios sociales de atención al niño y el maltrato":

"2.4.3. Programas de tratamiento

"En la actualidad, la respuesta más utilizada frente al maltrato infantil, dada la escasez de otros recursos, se centra en la separación del niño de su hogar y no son suficientes los programas de tratamiento familiar que se desarrollan.

La implantación de estos programas es compleja cuando queremos abordar factores no estrictamente sociológicos (vivienda, economía, etc.), ya que se necesitan equipos muy adiestrados y con recursos para una intervención psicosocial completa.

En otros medios diferentes al nuestro han avanzado bastante en el desarrollo de programas de tratamiento familiar. Una buena parte de estos programas, especialmente los provenientes del medio anglosajón, parten del diagnóstico de áreas deficitarias y procuran una mejoría en determinadas habilidades o funciones familiares, como:

·Programas para desarrollar habilidades de manejo de situaciones problemáticas con el niño.

·Programas para aumentar la tolerancia al estrés y el control de la agresión.

·Programas que plantean la necesidad de integrar variables como la de Apoyo Social (Goldstein, 1985): Programas de familias voluntarias, Programas con Educadores Familiares..."

·Otros trabajan esencialmente la interacción familia-niño (Programa Rainbow), del "RAINBOW FAMILY Y LEARNING CENTER" y el "FRIEND TO FRIEND PROGRAM".

Siguiendo con la Guía: *"En nuestro medio no conocemos la implantación sectorial de programas de tratamiento que vayan más allá de la intervención en las condiciones sociofamiliares y de orientación y apoyo a la familia con la ayuda de profesionales. Aunque son alentadoras diferentes experiencias que se están desarrollando en nuestro país, destacamos los Programas de Intervención Familiar en caso de maltrato de Gizalan, equipo financiado por la Diputación Foral de Guipúzcoa, así como el programa de Asistencia Psicológica a*

Familias con problemas de abuso infantil de la Universidad de Valencia, bajo la dirección de la Dra. M^a Angeles Cerezo."

Continuando con LA GUIA DE ATENCION AL MALTRATO, al considerar las líneas de intervención que deben ser prioritarias para el futuro, señala:

"3. Aplicar tratamientos a las familias de alto riesgo en aquellos momentos en los que el problema sea accesible y modificable, incluyendo el tratamiento específico para los niños."

Por todo esto propongo la necesidad de creación de un "Servicio de Atención a la Familia en Crisis" inspirado en el deseo de encontrar una tercera vía entre la pura y simple criminalización del padre maltratante y una culpable indiferencia hacia el menor maltratado. Siendo ésta una actividad que se está realizando, tanto nacional como internacionalmente, suponen la existencia de modelos y experiencias de los que poder aprender,

Y ya que no es mi propósito presentar un proyecto de organización de este servicio, me voy a limitar, muy brevemente, a hacer un **acerca-
miento al modelo teórico de referencia.**

La experiencia a la cual voy a hacer referencia y la que propongo como modelo, es la del "CENTRO PARA NIÑOS MALTRATADO Y LA CURA DE LA CRISIS FAMILIAR (C.B.M.)", un servicio del Ayuntamiento de Milán, nacido en 1985 por iniciativa de un grupo de profesionales (psicólogos, trabajadores sociales y educadores), que se constituyeron en cooperativa.

La experiencia nace en estrecha colaboración con el Tribunal de Menores, motivada por la imposibilidad de tomar al cargo una familia con problemas de maltrato, en ausencia, como es la regla, de una demanda espontánea.

El único canal posible para abordar a esta categoría de familia (y sobre todo para mantener la intervención) es resultado del envío por parte del organismo competente en Menores o del Juez competente.

Este recibe la señalización del servicio socio-sanitario territorial, bajo forma de relación detallada acerca del grave estado o el serio riesgo que corre éste de ser maltratado, junto a un informe del médico en caso de que los malos tratos se hayan ya verificado.

Consecuentemente, el juez dispone el alejamiento de los menores, prescribiendo al organismo local pertinente colocarlos en lugar idóneo (familia de acogida o una institución).

Simultáneamente, el juez puede proceder a enviar un equipo psicosocial (¿de los Servicios Sociales de base?) al núcleo familiar para:

- a) diagnosticar las causas que han llevado a los malos tratos.
- b) hacer una prognosis sobre la recuperabilidad de la relación padre-hijo.

c) en caso de pronóstico positivo, comenzar un tratamiento que disuelva las dinámicas patógenas y permita la vuelta al menor con su familia, en unas condiciones en las que su evolución psicofísica esté suficientemente garantizada.

Lo que está claro es que ya sea a través del organismo competente de la Administración o del Juez, la prescripción de someterse a un tratamiento, viene efectuada en el ámbito de un procedimiento civil de limitación de la potestad.

¿PORQUÉ LA FAMILIA MALTRATANTE NO PIDE AYUDA?

Resulta prácticamente imposible establecer un contrato terapéutico con esta categoría de familias, ya que éstas no solicitan ser ayudadas para cambiar. De alguna manera no debe sorprendernos la falta de una petición ya que ésta presupondría para el padre maltratante la autodenuncia (no sólo de haber cometido un delito, sino también de haber violado un tabú social establecido).

Muchas veces se explican por su propia historia. Casi siempre han sido ellos mismos maltratados en su niñez y no han podido crear unas bases de confianza suficiente en las relaciones humanas para poder, en caso de necesidad dirigirse al prójimo.

En otros casos, la existencia de unos beneficios secundarios (económicos fundamentalmente) son los que hacen que se mantenga la situación de maltrato (mendicidad, recogida de cartones...).

Además a veces, el nivel cultural de tales familias, excluye que recurran a una intervención intelectualmente sofisticada como la psicoterapia.

Es, en fin, la misma historia de relaciones crónicas con la asistencia pública que tiende a mantener a la familia dentro de la conocida vía de la demanda puramente asistencial.

La apuesta por el tratamiento coaccionado está por lo tanto basada en la consideración de que el que no haya una petición de ayuda no quiere decir necesariamente que no exista una motivación para el cambio: la familia se encuentra en un callejón sin salida, al que le ha llevado una dramática combinación de relaciones patológicas, aunque existe siempre la posibilidad de que esté dispuesta a embocar una vía de salida del padecimiento (causa y efecto de los malos tratos), siempre que haya alguien que sea capaz de indicársela.

TECNICAS DE TRABAJO CON LA FAMILIA MALTRATANTE

El trabajo con la familia se inspira en los principios de la relación aproximativa sistémica y más específicamente en el modelo de intervención elaborado por M. SELVINI PALAZZOLI y de sus colaboradores (CIRILLO, SELVINI), al igual que las familias que presentan un miembro psicótico o anoréxico (la casuística más estudiada por SELVINI), para las familias con problemas de maltratos el primer cometido de los trabajadores es dar luz a la específica modalidad interactiva de los varios componentes de la familia en la

que se estructura la organización interna (el juego familiar) (SELVINI PALAZZOLI y otros).

Las indagaciones sobre tales modalidades interactivas, que tienden a repetirse en las diferentes familias, con aspectos peculiares que es indispensable hacer emerger, ocupan una serie de sesiones (de 1 a 6 aproximadamente) con la familia al completo, y a veces con la presencia de parientes significativos oportunamente preseleccionados e invitados.

Cuando el juego familiar es comprendido de modo suficientemente detallado, debe ser simultáneamente explicado a la familia y referido al organismo competente en menores o al juez. Se concluye así la fase diagnóstica y pronóstica: si se cree que hay posibilidad de recuperación, se propone (en éste momento al juez) proseguir el trabajo con la familia con un verdadero y propio programa de tratamiento (preparado para iniciarlo apenas el juez lo consienta y lo prescriba).

El tratamiento no diferirá sustancialmente de las sesiones de indagación iniciales, consistiendo incluso en sesiones familiares o de pareja, conducidas en equipo, con largos intervalos entre una y otra (al menos un mes) para poder acometer los eventuales cambios acontecidos después de cada encuentro. La duración del tratamiento está en relación con la cronicidad de la familia: en algunos casos es útil mantener controles bimensuales o trimestrales incluso durante dos o tres años (MAS-SON).

RELACION ENTRE EVALUACION Y TRATAMIENTO

La intervención a la cual es confiada el máximo potencial terapéutico es aquella que viene efectuada en la fase de la evaluación.

Se considera, en efecto, que la explicación de la estrategia de cualquier miembro de la familia hecha en presencia de los familiares obligará al grupo entero a remodelar sus propias relaciones.

Las estrategias más patógenas son, en efecto, perseguidas ocultamente, entre complicidad y confusión, pero se vuelve imposible llevarlas a cabo como al principio, una vez que son desmascaradas.

Tomemos el ejemplo de una señora que descuida sistemáticamente la casa, que incluso está en condiciones desastrosas, y se lamenta constantemente (con los vecinos, con el servicio, con los hijos), del comportamiento del marido, que trabaja sólo por temporadas y maltrata a los niños y a ella misma.

Una indagación que no se limita a explorar la dinámica de la familia nuclear, lleva a individualizar un vínculo muy estrecho entre la mujer y su madre, vínculo conflictual desde la adolescencia de la señora, y en tanto en cuanto insatisfactorio, todavía sustancialmente insoluto. El terapeuta debe llegar a hacer evidente cómo la señora utiliza el fracaso de su propio matrimonio para intentar atar ulteriormente a su madre a través de la compasión (o directamente por el sentimiento de culpa, por haber dejado que la

hija se casara adolescente con el primero que llegara para desembarazarse de ella).

El poner en claro este aspecto puede servir para comprender la furia del marido que, casado con una jovencita escapada de casa por los conflictos con su madre, no llega a comprender el hecho de que sucesivamente, la mujer en lugar de unirse más a él, que había sido elegido como un salvador, continúe volviéndose a la madre, de la cual parecía querer alejarse lo más posible. Los hijos mismos podrían disminuir su comportamiento de cierta coalición con la madre -que para ellos aparecía como la víctima de la cólera injustificada del padre- disminuyendo las provocaciones en la confrontación con éste último y consecuentemente el riesgo de ser maltratados. Pero es sobre todo la mujer la que deberá contar con el hecho de su estrategia, primero oculta (inculpar a la madre del propio fracaso matrimonial en vez de empeñarse en una relación seria que la condujera a la emancipación) y ahora evidente a los ojos de todos; incluso ella misma tendrá que meditar sobre el hecho de que sea al menos una estrategia ven cedora.

A la conclusión de la fase diagnóstica, por consiguiente, el equipo tiene ya la posibilidad de verificar si el haber sacado a la luz la trama subyacente a la patología familiar ha producido o no movimientos de cambio.

CONEXION ENTRE TERAPIA Y CONTROL

En el tratamiento de la familia maltratante se mezclan, por tanto, elementos típicos del contexto de ayuda con elementos típicos del contexto de control. Una característica del contexto de control es la coacción inicial, ejercida por el organismo competente en menores o el juez, requisito indispensable, como habíamos dicho, para alcanzar una auténtica toma de conciencia. Y las características de un contexto de control son las relaciones periódicas enviadas al órgano competente como supervisor del seguimiento terapéutico.

Elementos típicos del contexto de ayuda son, viceversa, las interpretaciones sobre la dinámica familiar que vienen siendo ofrecidas a la familia, y la propuesta del terapeuta de empeñarse con ello en un trabajo para la recuperación de una organización interna más satisfactoria, que consienta incluso la vuelta del hijo en unas condiciones de suficiente bienestar.

Parece pues evidente, que la ayuda y el control resultan en esta acción como las dos caras de la misma moneda, ambas indispensables para este género de tratamiento: si es verdad que sin una intervención de coacción es imposible acercarse a la familia, es también verdad, que si no se logra suscitar en ella una genuina motivación de cambio, se obtendrán exclusivamente resultados superficiales y efímeros.

Para que el tratamiento tenga mayores posibilidades de éxito, es indispensable que las operaciones de ayuda y las de control lleguen bajo la consigna de la máxima integración.

Es solo la intervención de control la que puede, de hecho, aportar a los profesionales encargados del mantenimiento, y el

material de partida (la revelación del maltrato) y la información con la cual verificar la consistencia y estabilidad de los eventuales resultados obtenidos. Y es el uso clínico y no policial que viene dado durante las sesiones de tales materiales, recogidos en el intervalo entre un encuentro y otro por parte de los profesionales encargados del control, el que restituye al control un significado no persecutorio y una intrínseca validez dentro del proyecto global para la tutela del menor.

BIBLIOGRAFIA

ADIMA. *"Guia de Atencion al maltrato infantil"*.

CIRILLO, S. *"El niño maltratado: estrategia tera péutica"*.

CIRILLO, S. y DI BLASIO, P. *"Niños Maltratados: Diagnostico y terapia familiar"*.

MASSON, O. *"Contextos Maltratantes en la infancia y coordinación institucional"*.

**FORMACION MULTIDISCIPLINAR PARA
ORIENTADORES FAMILIARES Y CONTEXTO
SISTEMICO.**

*Dr. Miguel Garrido Fernández.
Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
Profesor Invitado en el Master de Orientación Familiar.
Escuela Superior de Ciencias de la Familia. Sevilla.*

O.- INTRODUCCION

La familia se desenvuelve en un contexto social específico y cualquier cambio que se produzca en la sociedad afecta también a ésta.

Antes de que el enfoque sistémico hiciera su aparición en la escena de las relaciones de ayuda allá por los años cincuenta (1), muchos profesionales dedicados a la atención psiquiátrica, psicológica, social e incluso pastoral, trataban de comprender con las herramientas existentes la dinámica de la pareja y la familia. Con esto queremos recordar que la aparición revolucionaria de un nuevo punto de vista epistemológico es una aportación indiscutible a la mejora de las relaciones humanas, pero al mismo tiempo, creemos necesario no perder de vista el esfuerzo y las aportaciones que desde distintos campos han realizado muchas personas. Por este motivo es siempre necesario revisar la historia más cercana para comprender la estrecha imbricación de las ciencias humanas y favorecer el continuo diálogo interdisciplinar.

La atención a las familias no es producto del enfoque sistémico (2). Lo que sí ha cambiado radicalmente es el punto de vista con el que se atienden tanto las familias como otros sistemas humanos (3).

La reglamentación de la formación (4) para los terapeutas familiares en nuestro país sigue en su camino de perfeccionamiento y seguramente en los próximos años podremos contar con perspectivas claras acerca de los procesos. La existencia de varias universidades españolas que ofrecen la titulación de Master en Terapia Familiar es también un indicativo de esta evolución (Universidad Pontificia de Salamanca, Universidad de Santiago de Compostela, Barcelona, País Vasco, Sevilla y Madrid).

Algo parecido ocurrió allá por los años 78-79 con el campo de la Orientación Familiar. Como suele ocurrir, los cambios políticos y sociales suponen necesidades de reajuste y nuevos equilibrios. La familia, debido quizás a los muchos años de política proteccionista y al intervencionismo de la Iglesia, se veía tras la recuperación de la democracia, como un tema propio solamente de católicos. La defensa de la familia, muchas veces realizada con un tono "persecutorio" y "temeroso", fue realizada sobre todo por sectores más conservadores de la propia iglesia. Por paradojas del destino se llega a la conclusión de que "la familia es de todos". Incluso más tarde los sectores más pretendidamente democráticos, han venido a reconocer la necesidad de protegerla y estudiarla (5).

La historia como en tantas otras ocasiones hizo que la creación de Centros de Orientación Familiar, aconsejados por el Estado Español y por el mismo Consejo de Europa, fuera eminentemente tema del clero. Además, estos primeros Centros de la Iglesia, eran vistos como diametralmente opuestos a los Centros Sanitarios de Planificación Familiar creados por la misma época. Así pues, siendo la familia una institución nodal de la sociedad, los sectarismos religiosos y políticos llevaron a dos frentes en su atención: Centros de Planificación Familiar para los avanzados y Centros de Orientación Familiar para los conservadores. Esta ridícula división de la realidad, como todas, no tardó en caer por su propio peso. Tras los primeros años

en que ya la Iglesia dejó de temer por "la desaparición de la familia" y "tras la no necesidad de planificar por el descenso vertiginoso de la natalidad", el tema de la Orientación y Terapia Familiar vuelve a su cauce. De nuevo predominó la necesidad de un estudio serio y científico de la familia, así como el favorecimiento de la atención profesional más adecuada. En este transcurrir todo el mundo ha evolucionado. Los primeros Centros de Orientación Familiar de la Iglesia han ido mejorando la formación para Orientadores y los Centros de Planificación Familiar se han transformado en Equipos Multidisciplinares para la atención integral a las familias (6).

La Terapia Familiar en nuestro país tiene, a nuestro entender varios focos en su nacimiento. Por una parte, un gran número de profesionales que partiendo de la formación psicoanalítica y dedicados a la atención a los pacientes psicóticos veían la necesidad de completar y reformular la perspectiva trasnochada del psicoanálisis ortodoxo. Quizás en este campo también hay que incluir a un buen número de psicólogos y psiquiatras que desde formaciones conductuales y farmacológicas veían la necesidad de cuestionar sus enfoques tradicionales, debido sobre todo a la carencia de teorías adecuadas a los nuevos criterios de la psiquiatría comunitaria en desarrollo (7).

Al mismo tiempo, un gran número de profesionales interesados por temas educativos (8) y sociales que tenían contacto continuo con familias empezaron a conocer los nuevos instrumentos interpretativos que traían los enfoques sistémicos. Y por último, un numeroso grupo de personas con formación muy diversa (psicólogos, teólogos, educadores, trabajadores sociales) que se acercaron al campo de la Orientación Familiar partiendo de la visión humanista y globalizadora que en esos momentos ofrecía la Iglesia. No olvidemos que hasta no hace mucho la única formación universitaria en temas familiares era la ofrecida por la Diplomatura en Orientación Familiar de la Universidad Pontificia de Salamanca y la Universidad de Comillas en Madrid.

En el documento de conclusiones del Consejo de Europa, celebrado en Estrasburgo el día 2 de Septiembre de 1974, sobre la Orientación Familiar y los Asesores Familiares, se habló de los servicios de Orientación Familiar y la formación para los Orientadores. Este Consejo reconoció la necesidad de estos servicios por los siguientes motivos:

1. La rápida y profunda evolución del matrimonio y de las estructuras familiares.
2. El número creciente de problemas inherentes al divorcio o a la separación.

1.- LA ORIENTACION FAMILIAR EN ESPAÑA.

La consulta matrimonial, de una u otra forma, ha existido siempre, ya que el ser humano tiene una necesidad intrínseca de comunicarse.

La idea de los orientadores familiares ha surgido en respuesta a esta exigencia humana y con ello la orientación familiar como ciencia reconocida. Si nos centramos en la ley podemos encontrar, que en el

Real Decreto 2.275/1978 de 1 de Septiembre, ya se habla del establecimiento de servicios de orientación familiar donde los objetivos fundamentales serían: promocionar la salud individual y familiar y concretamente facilitar la información y asesoramiento sanitarios precisos, en materia de educación sexual y de procreación, orientar sobre problemas de esterilidad, prevenir el aborto y la subnormalidad, entre otros.

Esta primera idea condujo a la creación de los Centros de Planificación Familiar que posteriormente han ido acercándose más a la idea de la Orientación Familiar como veíamos anteriormente.

En la Ley Marco del 29 de Julio de 1975 es donde más claramente se define la Orientación Familiar. En esta se presenta el Centro de Orientación Familiar como "servicio de asistencia a la familia y a la maternidad", clasificando las siguientes funciones:

1. Asistencia psicológica y social para la preparación a la maternidad y la paternidad responsable y para los problemas de la pareja y la familia.
2. Suministro de los medios necesarios para conseguir las finalidades elegidas por la pareja en relación a la procreación.
3. Cuidar por la salud de la mujer.
4. Divulgación de información para promover o prevenir el embarazo.

Como podemos observar en un principio la confusión entre Orientación y Planificación Familiar era un signo característico de la época.

Desde un planteamiento más sistémico, será José A. Ríos González, considerado uno de los teóricos de la Orientación y Terapia Familiar en nuestro país, en su obra citada ha definido la Orientación como *"El conjunto de técnicas encaminadas a fortalecer las capacidades evidentes y las latentes que tienen como objetivo el fortalecimiento de los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar, con el fin de que resulten sanos, eficaces y capaces de estimular el progreso personal de los miembros y de todo el contexto emocional que los acoge."* Este autor divide los niveles de la orientación en: Educativo, Asesoramiento y Terapia (9). Esta división ejemplifica perfectamente el trabajo que desde diversos niveles se realiza en los Centros de Formación y Atención a Familias (10).

Los Centros de Orientación Familiar en otros países suelen ser de tres tipos: Centros de Orientación Familiar Estatales, Centros de Orientación Privados y Centros de Orientación Confesionales. Los Orientadores también pueden ser personas de diversa procedencia. Por ejemplo, existen asesores profesionales, que son trabajadores especializados profesionalmente. Orientadores no profesionales que no tenían formación previa, pero que son seleccionados por sus cualidades humanas y formados como orientadores familiares y por último, orientadores voluntarios que pueden ser o no profesionales y son seleccionados y formados (11).

Existen países donde es frecuente que los Tribunales aconsejen la consulta en un Centro de Orientación antes de que se conceda el divorcio (Noruega, Canada, entre otros).

En el año de 1979 se creó en la Universidad Pontificia de Salamanca el Instituto Superior de Orientación Familiar. Por la misma época en la Universidad de Comillas en Madrid, creaba el Instituto de Matrimonio y Familia. Estos centros fueron pioneros en la formación universitaria en temas de familia. Hasta entonces no existía en el Estado Español una formación reglada completa en temas familiares. Podemos decir que en Medicina, Psicología, Pedagogía, Trabajo Social y Derecho, existían temas relacionados con la familia, pero no encontramos un curriculum completo sobre el grupo familiar.

Tras el Centro de Salamanca, posteriormente se crearon los Centros Asociados de Valladolid (12), Sevilla, Murcia y últimamente el de Valencia. Hoy podemos decir que la formación en Orientación Familiar ha crecido y además ha conseguido que muchos de los primeros alumnos que pasaron por sus aulas están ahora colaborando en los Centros de Orientación y Terapia Familiar abiertos fuera de las Escuelas de la Familia.

Tras casi quince años dedicados a la Formación y Atención a Familias desde estos Centros, podemos proponer un modelo formativo que destaca por el contexto multidisciplinar y por el continuo favorecimiento de la investigación y difusión de temas relacionados con la formación de la pareja y familia.

2.- FLEXIBILIDAD E INTEGRACION DE RECURSOS.

La Formación en Orientación Familiar es un contexto muy adecuado para el verdadero diálogo interdisciplinar. Cuando accedemos a la formación universitaria (médica, psicológica, social, etc) estamos durante tres, cinco o seis años oyendo y profundizando en conocimientos con una única dirección. El sesgo profesional y la superespecialización ciega muchas de las posibilidades creativas. Es frecuente que el médico después de casi diez años de especialización no sea capaz de ver más que un "cuerpo que no funciona" o que el psicólogo, tras estudiar la personalidad y el ambiente psicosocial crea que todo tiene que ver con malas interpretaciones de la realidad, por ejemplo. Cuando el alumno llega a la Escuela de Orientación Familiar se encuentra en primer lugar, con compañeros que provienen de campos muy diversos: médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, teólogos, educadores. Todos tienen en común que quieren conocer y profundizar en la comprensión del sistema familiar y su entorno. Desde los primeros días de intercambio tratamos que los alumnos puedan oír diversas voces. Los profesores tienen también una formación especializada en alguna de las ciencias humanas, pero muchos de ellos son al mismo tiempo Orientadores Familiares. Esto favorece que desde bien temprano se trate de ampliar las visiones. El gusto por oír las opiniones de los colegas es algo que brota casi espontáneamente. Cinco o seis años de "unidireccionalidad" han sido un buen castigo para una "mente en sus orígenes investigadora y espontánea".

Muchos alumnos que llegan temerosos del "lavado de cerebro" que puede "volver a realizar la Iglesia", se sorprenden por la variedad de puntos de vista y el respeto a las discrepancias.

La mayor especialización de algunos alumnos con respecto a otros no supone una desvalorización, sino que muy al contrario es utilizada para aportar en el aprendizaje. Los grupos de 20-30 alumnos permiten que la enseñanza sea continua, personalizada e intensa. La ruptura con el sistema tradicional de "apuntes" universitario, favoreciendo las lecturas y sobre todo el trabajo directo con materiales de la realidad, hace que los alumnos se impliquen desde bien pronto.

Los Centros de Formación en Orientación Familiar tratan de que los alumnos hagan las de mandas para su propio contexto de trabajo y al mismo tiempo se les ofrece la posibilidad de aprender el contexto específico de un Centro de Orientación Familiar en la atención diaria a familias que acuden a pedir ayuda.

Así pues, la multidisciplinariedad proviene tanto de la confección del curriculum como de la diversidad en la procedencia profesional de los futuros orientadores y también de los profesores invitados del Centro. A esto hay que sumar la variedad de los cursos monográficos que la Escuela organiza con asiduidad y de la formación para grupos de padres y otras actividades de difusión en la que participan tanto profesores como alumnos.

3.- CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACION PARA ORIENTADORES FAMILIARES.

En el campo de la Orientación Familiar ocurre como en tantos otros terrenos formativos en los que además de los contenidos curriculares se requieren actitudes fundamentales para llevar a cabo estas tareas. Así por ejemplo, la capacidad para comprender a los demás, el saber escuchar, la salvaguarda del secreto profesional, el interés genuino por las personas y las situaciones humanas y no tener grandes prejuicios e intolerancias así como una salud e integración personal, son cualidades que no ofrece el curriculum, si bien el entrenamiento y el propio conocimiento que favorece el contenido del programa y sobre todo las prácticas y el diálogo multidisciplinar, ayuda sobremanera a la mejora de las relaciones intra e interpersonales.

En el plan antiguo de las Escuelas de Ciencias de la Familia, tal como aparecieron en Salamanca y Madrid, se ofertaba una Diplomatura en Orientación Familiar de dos años de duración y uno de prácticas y entrega de una Memoria Final. Actualmente, debido a la no existencia de la titulación del Asesor Familiar en el Estado Español, se ha optado por la transformación en Especialista para Diplomados y Master para Licenciados. Tanto en los primeros planes como actualmente, la duración de la Formación requiere la realización de 65 créditos (650 horas), de las que 390 son teóricas y 260 prácticas.

La teoría generalmente está dividida en tres grandes bloques configurados éstos por 19 materias. Estos bloques son:

1.- Materias referentes al desarrollo de la personalidad y de la familia. Serían los principios básicos de la psicología, de la formación de la pareja y de la familia. En esta línea están las materias de Ciclos Evolutivos de la Familia, Educación y Familia, Psicología de la Pareja, Psicopatología. Cada una de estas materias cuenta aproximadamente con módulos de entre 30-40 horas y se imparten en algunos de los trimestres primeros.

2.- Materias referentes a aspectos diversos de la familia: Sociología de la Familia, Antropología de la Familia, Teología del Matrimonio, Sexología, Derecho Civil y Canónico, Medicina Familiar y Eti- ca. Estas materias ofrecen una perspectiva amplia de temas muy relacionados con la formación, mantenimiento y disolución de la familia. El pro- grama pretende incluir las perspectivas fundamen- tales: sociología, antropología, derecho, ética y medicina. La duración de cada módulo es similar a la del primer bloque.

3.- Por último, podríamos agrupar toda una serie de materias que tratan las técnicas de la Orientación. El aprendizaje de las relaciones de ayuda se fundamenta en las técnicas de entrevis- ta, en los conocimientos aportados por la terapia familiar y en otras aportaciones desde la dinámica de grupos, el análisis transaccional entre otros.

Materias como: Orientación: Fundamentos, Técnicas y Prácticas; Terapia Familiar, Asesora- miento y Dinámica de Grupos, Investigación Fami- liar y Análisis Transaccional, permiten a los alum- nos provenientes de diversos contextos ir hacién- dose con las herramientas adecuadas para el tra- bajo en esta área.

El profesorado realiza un esfuerzo por sinteti- zar y sobre todo ofrecer a los alumnos recursos técnicos para el trabajo con parejas y familias, dejando de lado las preferencias o los "credos for- mativos". Se trata de que los alumnos aprendan a situarse delante del grupo familiar y de la pareja y para ello se aprovechan las aportaciones de muy diversos modelos. Si bien es cierto, que la con- cepción rogersiana de la relación de ayuda es cen- tral en los procesos de orientación, tenemos la experiencia de que las aportaciones dinámicas, cognitivo-conductuales y sobre todo sistémicas, propician una mejor comprensión de los procesos de cambio.

El programa pretende que cada alumno, en función de su procedencia formativa ajuste el cu- rriculum a sus propias necesidades. Cuando algu- nos alumnos están muy formados en un campo específico colaboran con mayor intensidad con el profesorado y sirven de apoyo para sus propios compañeros en ese área. De esta forma, la clave principal de la formación es que cada alumno complete su sesgada formación universitaria y sobre todo, que tenga la oportunidad de tener ex- periencias y supervisión de su trabajo diario (13).

4.- LA FORMACION PRACTICA Y EL ESTI- LO SISTEMICO.

Cada contenido del programa forma un sub- sistema peculiar que supone relaciones específi- cas con el todo de la familia y los profesionales como grupo implicado en el proceso de ayuda. La visión sistémica de la realidad nos facilita el diálo- go interdisciplinar.

La atención a las familias se realiza desde el Centro de Orientación y Terapia Familiar que cons- tituye la parte aplicada de la Escuela Superior de Ciencias de la Familia de Sevilla. En este Centro, los alumnos de segundo año observan los casos a través del circuito cerrado de televisión y trabajan en ocasiones siguiendo la directrices del Equipo Reflexivo (14).

El estilo sistémico supone que desde el primer momento los alumnos y el profesorado cuando participa en una sesión multidisciplinar van a aportar visiones muy diversas de la realidad. Cada una de estas visiones son aspectos para construir una realidad que siempre es multidimensional (15).

El Orientador que recibe la primera llamada de la familia o pareja, toma por teléfono unos datos de identificación y pregunta por el motivo principal de la consulta. Después de este breve contacto telefónico se pide a la persona que llama que acudan los miembros de la familia que más directamente están implicados en el problema.

En la primera entrevista se le explica a la familia o pareja el modo en que se trabaja en el Centro y las especiales características formativas y de investigación del mismo. Si están de acuerdo firman el permiso de grabación y pasamos a realizar una entrevista más prolongada de aproximadamente una hora. En caso de que no acepten la grabación se realiza la entrevista sin este sistema, pues en el Centro anteponeamos la Atención a la Familia a la enseñanza y formación.

Lo más destacable de este estilo, que no podemos describir en este momento en todos sus rasgos y que quizás podríamos discutir en el coloquio, está en la posibilidad de democratizar e igualar las relaciones tanto de los diversos profesionales que acuden al Centro para la Formación como entre los diversos Profesores. La familia que en un principio vive con "cierta persecución y desconfianza" el sistema de trabajo, pronto se percata de que todos estamos en el mismo juego y que cada uno ofrece los mejores recursos de que dispone para el cambio. Además, sienten que están colaborando al bienestar de otras familias al permitir que los materiales sean utilizados para la investigación y enseñanza.

Los alumnos pasan gradualmente por diversas fases en el período formativo en cuanto a la práctica. En un primer momento, realizan ejercicios de juegos de roles en los que tienen la oportunidad de vivenciar y aumentar el grado de empatía con las problemáticas más frecuentes en las familias. El hecho de que el "fantasear por medio de juegos" no supere la realidad y que además cada alumno se vaya percatando de la importancia del análisis de su familia de origen es una necesidad insoslayable para un mejor trabajo con los demás, supone que el aprendizaje se hace muy significativo. En otras ocasiones el relato de casos traídos de la práctica pública o privada de los propios profesionales constituye otra forma de acercarse a la aplicación de los conocimientos que se van adquiriendo.

Cuando el grupo consigue un nivel de fluidez e intercambio y muestra que está preparado para trabajar con situaciones reales, pasan a la observación tras el espejo de situaciones en vivo. En este momento se les entrena para comprender y ejercitarse en la concepción del Equipo de Reflejo. Esta técnica tiene la ventaja de que los alumnos se sienten copartícipes y que no "van a dañar a la familia ni se van a quedar solos ante el peligro". El hecho de que sus opiniones sean una más en el grupo y que tanto los clientes como los compañeros la valoren cuando de verdad tiene efecto para el cambio, les gratifica y mueve hacia una elevación de la participación.

Cuando los alumnos han terminado el período formativo tienen la posibilidad de colaborar con el Centro y pasar a conducir casos bajo la supervisión del profesorado. En este caso pueden trabajar con el Equipo de Reflejo siempre que sea posible o bien conducen la entrevista y acuden a supervisión cuando tienen alguna dificultad. De esta manera, cada alumno tiene la posibilidad de ir acercándose a las tareas de Orientación en la medida en que aumenta su sentimiento de seguridad y responsabilidad.

El contexto de trabajo es sistémico en cuanto que se trabaja con la familia o pareja como sistema. Las preguntas circulares, la redefinición y lectura positiva de los síntomas, la prescripción de tareas, la utilización del espacio y de la escultura familiar, entre otras técnicas, están sustentadas en los criterios relacionales. La visión complementaria de otros subsistemas y en ocasiones el trabajo con redes sociales, supone una globalización de las intervenciones.

5.- CONCLUSIONES.

Las diversas formaciones en el campo de la Familia pueden beneficiarse mutuamente si son capaces de no sesgar la realidad y no caer de nuevo en la lucha más bien política y de intereses, focalizando su atención en lo que realmente constituye la ciencia. De nuevo tenemos ante nosotros la posibilidad de integrar muchos conocimientos que colaboran a la mejora de las relaciones familiares. En nuestro país, la formación en Terapia Familiar hace excesivo hincapié en los conocimientos sistémicos y técnicos, olvidando una contextualización cultural de la familia. Así por ejemplo, los temas éticos, educativos y religiosos de la familia son dejados de lado. En muchas ocasiones nos encontramos con terapeutas de familia muy bien entrenados en técnicas, pero que no pueden dar cuenta de qué contenidos tratan.

No olvidar la tridimensionalidad del ser humano como diría V. Frankl, supone un diálogo continuado y una disposición a no ocupar el centro del mundo para perder absurdamente el propio centro. La Terapia Familiar debe mucho al desarrollo del "Counseling Matrimonial y Familiar", así como a muchas personas del campo de la Psiquiatría y de la Educación. De la misma manera, la Orientación Familiar se ha visto enormemente enriquecida con las aportaciones de la Teoría de la Comunicación y los más recientes desarrollos de la Teoría General de Sistemas desde la Segunda Cibernética. Lo que se requiere y demandan los alumnos es una formación bien coordinada, con contenidos amplios y con la posibilidad de diálogo continuado. También es verdad que la demanda más urgente es el cambio en los estilos de formación que continúan trasnochados y anclados en el uso de "lápiz y papel para el dictado". Estos cambios se están produciendo en muchos ámbitos de formación y está conduciendo también, por suerte, al profesorado a una continua renovación e interés por la tarea realizada. La puesta en común de conocimientos que favorece el contexto de la Orientación Familiar supone ciertas angustias formativas que son superables debido a los beneficios que traen consigo el constante cuestionamiento de la labor que realizamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y NOTAS:

1. Roberto Pereira Tercero, (1994). "Revisión histórica de la terapia familiar". *Psicopatología*, vol.14, 18-23. Este artículo resume algunos aspectos fundamentales del nacimiento de la terapia de familia y recoge algunos hitos de su desarrollo en nuestro país.
2. En la obra de recopilación editada por Jeffrey K. Zeig (1992). *The evolution of Psychotherapy*. Brunner/Mazel. N.York. Varios de los más famosos terapeutas de familia, entre ellos S.Minuchin, C.Madanes y J.Haley, trazan algunas de las más importantes aportaciones del enfoque sistémico a la psicoterapia y a la atención a las familias.
3. Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia Familiar*. F.C.E. México. Esta autora, recalca en su obra cómo la Teoría General de Sistemas y la Cibernética han contribuido y facilitado la atención clínica a los sistemas humanos. En esta misma línea es muy interesante la aportación de Heinz Von Foerster, recogida en la obra de M.Packman (1991). *Las semillas de la Cibernética*. Gedisa. Barcelona.
4. Durante este mismo mes, la Asociación Vasca de Terapia Familiar organiza en Vitoria las XIV Jornadas Nacionales que estarán dedicadas al tema de la Formación. Todos estos signos indican que después de casi veinte años de desarrollo de la orientación y terapia familiar en nuestro país, se está llegando a unos niveles de reconocimiento y profesionalización considerables.
5. Salustiano del Campo (1985). *Análisis Socio lógico de la familia española*. Ariel. Barcelona.
Gerardo Pastor (1989). *Sociología de la Familia*. Ed. Sígueme. Salamanca.
Amando de Miguel (1994). *La Sociedad Española 1993-1994*. Alianza Editorial. Madrid.
6. L. Portero (1990). "La orientación familiar, una cuestión social". *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*. nº1.
7. Garrido, F.M. (1993) "El tratamiento del grupo familiar en las Comunidades Terapéuticas". *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*. Monografía II, 45-75. Congreso Nacional de Valencia.
8. Las relaciones entre la orientación familiar y la Educación ha sido ampliamente tratada en nuestro país por el profesor Ríos González, J.A., a lo largo de sus publicaciones en revistas educativas. Su obra *Orientación y Terapia Familiar* (1984). Ed. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid, es tal vez el mejor ejemplo del enriquecimiento mutuo de ambos campos.
9. Ríos González, J.A. (1990). "Distintos niveles de la orientación familiar". *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*. nº 1, 9-17.
10. Garrido, F.M. y García, M.J. (1994). *Psicoterapia. Modelos Contemporáneos y Aplicaciones*. Promolibro. Valencia. En esta obra dedicamos el artículo introductorio a desarrollar las similitudes y diferencias entre Educación, Orientación y Psicoterapia, terrenos muy próximos y que nos conducen a un continuo diálogo y enriquecimiento. La diversidad de profesionales que acuden a la formación en Orientación Familiar nos ha ayudado a flexibilizar

constantemente nuestras posturas teóricas y a tratar de hablar de recursos útiles tanto para los profesionales como para los clientes, evitando así todo lenguaje esotérico y sectario.

11. Ch Vella (1983). *Los Centros de Orientación Familiar*. Universidad Pontificia de Salamanca.

12. En el Centro de Valladolid, tuvieron un papel preponderante los profesores Drs. Moreno Chapparro, J.L. y Sánchez Mur, M. quienes colaboraron de forma intensa en la difusión y asentamiento de la Orientación Familiar. Actualmente realizan su labor como terapeutas de familia en el Centro Integrado de Sevilla del que fueron pioneros e impulsores.

13. Para una información más exhaustiva del contexto formativo de la Orientación y Terapia Familiar en nuestro país y en la sociedad americana, aconsejamos la reciente obra de los profesores Polaino-Lorente, A. y García Villamizar, D. (1993). *Terapia Familiar y Conyugal*. Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra.

14. Andersen, T. (1991). *The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogues*. Norton & Company. New York. Traducido al castellano, *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa (1994). Quizás lo más llamativo de esta forma de trabajar con las familias es que éstas no sólo experimentan el proceso como algo que les da poder, sino que parecen fascinadas por el hecho de escuchar las conversaciones entre los profesionales acerca de ellos. En el contexto para la Formación de Orientadores Familiares supone rebajar los temores de los estudiantes y evitar riesgos innecesarios para las familias, así como una flexibilización y democratización de los roles terapéuticos. También cabe destacar la mayor relajación de los responsables del caso y de los profesores que se sienten más acompañados y disfrutan de compartir la responsabilidad del cambio.

15. Sluzki, C. (1983). "Process, Structure and World Views: Toward an Integrated View of Systemic Therapy". *Family Process*, vol. 22, 469-475.

EL ABORDAJE SISTEMICO EN LA SELECCION DE PAREJAS SOLICITANTES DE ADOPCION

María Angel García Cárdenas.

Psicóloga.

Servicio de Atención al Niño. Departamento de Acogimiento Familiar y Adopción.

Consejería de Asuntos Sociales. Delegación Provincial de Cádiz.

1.- INTRODUCCION

Es importante contextualizar previamente la intervención que se hace desde los Equipos de Acogimiento Familiar y Adopción (ver Gráfico 1).

El Servicio de Atención al Niño es el dispositivo institucional para la protección de la infancia en situación de alto riesgo. Está formado por tres departamentos, cada uno de ellos integrado por un equipo multiprofesional (trabajadores sociales, abogados, psicólogos, pedagogos).

El proceso de protección se inicia con la detección del problema por los servicios sociales comunitarios, que han de intervenir con los medios a su alcance sobre la conflictividad detectada y que, en caso de no conseguir paliar el riesgo al que están expuestos los menores, remiten un informe al Servicio de Atención al Niño describiendo las condiciones sociales y familiares del menor o menores en cuestión.

Este informe se recibe en el Departamento de Recepción, Estudio y Diagnóstico, desde el cual se recaba toda la información necesaria para analizar y evaluar la situación y proponer la intervención concreta que en cada caso se requiera.

Cuando los menores han de ser retirados de su medio familiar son trasladados a un centro de primera acogida, donde el equipo técnico, en coordinación con el Departamento de Centros, realiza un diagnóstico de la situación y se propone la medida de protección a tomar respecto al menor o los menores.

Las medidas de protección pueden ser:

- Internamiento en un centro de tratamiento.
- Acogimiento del menor por su familia extensa.
- Acogimiento del menor por una familia sustituta.
- Adopción del menor por una familia sustituta.

Los internamientos se adoptan, como una medida a corto y medio plazo, cuando la crisis familiar tiene un pronóstico de recuperación. Paralelamente se trabaja con los padres para conseguir la rehabilitación y que los menores puedan reincorporarse al medio familiar cuanto antes.

Los acogimientos son medidas a medio y largo plazo, a partir de un diagnóstico de difícil recuperación de la crisis familiar o de irreversibilidad total, que se toman en evitación de un largo internamiento de los menores.

En los casos en que existe la renuncia explícita de los padres, se promueve la adopción, generalmente después de un proceso de integración y adaptación del menor en su nueva familia.

Los acogimientos con familias sustitutas se promueven en los casos en que tras haber contactado con la familia extensa nos encontramos con los siguientes supuestos:

- no existe disponibilidad alguna por parte de familiares para hacerse cargo del/ los menores.
- existe disponibilidad en los familiares pero una vez estudiado el núcleo familiar se detectan disfunciones personales, familiares o sociales que desaconsejan la integración del menor en esa familia.

Para estos casos el Departamento de Acogimiento Familiar y Adopción cuenta con una bolsa de familias solicitantes, y en virtud de las características personales, familiares y legales que presente cada menor, se seleccionará la familia que mejor satisfaga la mayoría de sus necesidades.

Por tanto, podemos decir que el Departamento de Acogimiento Familiar y Adopción es el último paso en el proceso de protección de la infancia marginada y en alto riesgo psicosocial, y también que son una minoría de los menores protegidos los que llegan a ser integrados en familias no consanguíneas.

2.- CONTEXTO PROFESIONAL

Según lo expuesto hasta ahora nuestro contexto profesional es asistencial y fundamentalmente evaluativo. Al no ser un contexto terapéutico, los técnicos nos hemos visto obligados a ir definiendo los límites de nuestra intervención según la práctica profesional, ya que durante muchos años la formación que se ha podido recibir en el perspectiva sistémico-relacional ha sido referida a la terapia familiar.

A pesar de que los fundadores han intentado transmitir que el modelo relacional ha de ser un modelo alternativo de lectura global de los fenómenos psíquicos, frente a una visión tradicional de la causalidad lineal, sin embargo, los cursos y el material de formación han sido generalmente clínicos y extraídos de sesiones terapéuticas y de bibliografías correspondientes al área de la psicoterapia.

Así pues, el intento de visionar los problemas de la infancia marginada desde una óptica relacional, ha supuesto, cuando menos, un esfuerzo personal a la hora de poner en marcha estrategias de actuación alternativas a las tradicionales y unánimemente aceptadas por los profesionales que durante años han trabajado en este campo (nuestro agradecimiento a Stefano Cirillo y colaboradores por sus últimas publicaciones, en las que -por fin- se recoge la funcionalidad del enfoque sistémico fuera de los contextos terapéuticos).

3.- LA INTERVENCION TRADICIONAL

Cuando decimos que el abordaje sistémico representa una alternativa a las prácticas tradicionales, nos referimos por tales a la óptica lineal de las causas que provocan las situaciones de alto riesgo para los menores de edad, ya que por lo general, los trabajadores en el campo social han intervenido con actuaciones puntuales sobre lo que se considera causa de la situación marginal. Así por ejemplo se gestiona una ayuda económica oficial si se detecta una falta de recursos materiales, o se gestiona un internamiento en centros específicos para "reformular" la conducta de los menores con problemas.

En concreto, con respecto a los acogimientos de menores, tradicionalmente las familias se seleccionaban en función de sus necesidades de ser padres y de constituir una familia -si por alguna imposibilidad biológica no la podían formar- o bien por su disponibilidad altruista o su voluntad de tipo religioso. De manera que se recogía de las familias solicitantes una información respecto a sus datos de identificación y a sus motivaciones. En algunos casos se pasaba un test de personalidad y se recababa información sobre hábitos y costumbres familiares.

Afortunadamente, desde hace algunos años cada vez son más los profesionales que aportan un esfuerzo para entender de manera global la problemática familiar y social que repercute en los niños. Esto ocurre no sólo en los servicios especializados, sino también en el primer nivel de asistencia, ya que en muchos municipios se han puesto en marcha programas específicos de actuación sobre la familia y la infancia.

Antes de concluir este apartado habría que referirse a la escasez de medios y de personal con que tradicionalmente ha contado este área de la asistencia social, en la que hasta hace poco más de cinco años era una sola persona la que se encargaba de todo el proceso de protección. Actualmente este proceso es administrado por tres equipos multiprofesionales lo que ha permitido replantear el modo de intervención.

4.- EL ABORDAJE SISTEMICO-RELACIONAL: VENTAJAS E INCONVENIENTES

La necesidad de coordinar y unificar criterios, empleando un mismo lenguaje y persiguiendo unos mismos objetivos, fue lo que llevó al departamento al que pertenezco a definir una línea de actuación bajo un marco conceptual determinado.

La propuesta de trabajar desde una perspectiva sistémica partió de las dos psicólogas que inicialmente formábamos el equipo y contó con la aceptación del resto de los compañeros.

En primer lugar se diseñó todo un proceso coherente de estudio de las familias solicitantes.

Este estudio se inicia con unas reuniones en las que un grupo de solicitantes intercambia información con dos técnicos del Equipo. Nuestro objetivo fundamental es redefinir la relación que vamos a

iniciar, pues generalmente los solicitantes acuden con la idea de que nosotros les buscaremos un hijo a su medida, mientras que el mensaje que subrayamos en la sesión informativa es que nosotros les buscamos a los niños la familia "idónea": es decir, aquella que mejor pueda satisfacer la mayoría de sus necesidades.

Por lo tanto, si las familias por fin formalizan su solicitud se convertirán en parte de nuestro equipo y contaremos con ellas cuando un niño determinado necesite ser atendido por una familia que reúna las características que ellos poseen. Es decir, no existe un perfil determinado de familia que pueda ser considerado "apto" o "no apto", ni se hace una valoración a priori de la familia sobre su validez o no para el acogimiento -salvo en los casos de grave desestructuración personal o familiar-. Será el niño o la niña en concreto, que ha de ser acogido-a, el que marque en base a sus propias características y necesidades a cubrir, el tipo de familia que será seleccionada como idónea para tal fin.

También elaboramos un cuestionario que a modo de "ficha telefónica", recoge todos los datos necesarios para preparar una primera entrevista con los solicitantes (se les entrega a la familia en la sesión informativa y lo remiten en caso de que quieran formalizar su solicitud).

La primera entrevista la realizan los trabajadores sociales en el domicilio de la familia siguiendo un modelo de entrevista relacional que confeccionamos como guión básico para obtener información de manera que las sesiones psicológicas pueden prepararse para investigar en una u otra dirección en base a los datos que ya se tienen recogidos.

Con las entrevistas relacionales, no sólo recogemos información, sino que podemos llegar a entender de un modo más aproximado cómo funciona el núcleo familiar en estudio y prever cómo funcionaría con un nuevo miembro.

Mencionaré, a modo de ejemplo, lo ventajoso que ha sido para nuestros objetivos explorar las relaciones de la pareja con sus familias de origen; la tipología de estas y el relacionarlo con el tipo de familia que configuran los interesados. Qué lugar ocupan ellos en el mapa familiar, las alianzas y coaliciones entre miembros, etc. También ha sido significativo el introducir en el estudio a los hijos propios y a los cohabitantes pues, aunque parezca de lógica indiscutible, antes se obviaba la referencia a otras personas que no fueran la pareja.

Si la familia tiene hijos propios, vemos en qué estadio del ciclo de vida familiar se encuentra, siendo significativo, por ejemplo, que una familia con hijos adolescentes se plantee acoger a un niño pequeño que supone iniciar de nuevo la etapa de crianza, por lo que tendríamos que detenernos más en este punto hasta ver si es o no una decisión adaptativa.

A nivel de pareja es interesante conocer si su relación (complementaria o simétrica) es estable y satisfactoria para ambos, cómo resuelven sus conflictos, el grado de comunicación que existe

entre ellos así como el nivel de coincidencia en sus expectativas en cuanto al acogimiento y si estas están negociadas o no.

En definitiva, conocer los juegos familiares nos ayuda a perfilar a cada familia e identificar qué tipo de niño se integraría perfectamente en ella como un miembro más. Saber cómo reacciona una familia ante los cambios nos permite cierta previsión del proceso de integración y adaptación.

Por otra parte, los inconvenientes con los que nos encontramos, al introducir el enfoque sistémico, son de tipo técnico ya que no contamos con medios materiales para realizar una observación supervisora de las entrevistas, que nos permitieran la evaluación continuada y el perfeccionamiento de las mismas.

El balance entre ventajas e inconvenientes en la aplicación del modelo sistémico-relacional en este contexto profesional es, sin duda, positivo. Ha aportado un método de intervención global y eficaz a la vez que nos ha ampliado el campo de visión de la problemática de la integración de niños en núcleos familiares nuevos, por lo que el proceso iniciado está realmente empezando a desarrollarse y los profesionales somos conscientes del camino que nos queda por andar en este ámbito.

BIBLIOGRAFIA

CIRILLO, S.; DI BLASIO, P.: *Niños maltratados*. Barcelona: Ed. Paidós.

CIRILLO, S.: *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Barcelona: Ed. Paidós.

HOFFMAN, L.: *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Varios.: *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa.

WATZLAWICK, P. et al.: *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Ed. Herder.

EL ENFOQUE SISTÉMICO COMO ALTERNATIVA

MESA 3ª :

**SISTEMAS HUMANOS E
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

Iª JORNADAS ANDALUZAS DE TERAPIA FAMILIAR

ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y PERSPECTIVA SISTEMICA

Antonio León Maqueda.

Psicólogo y Psicoterapeuta de Familia. Formador y Supervisor de Equipos.

Comunidad Terapéutica de Salud Mental, Sevilla.

Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.).

"... la patogénesis y el curso de la enfermedad cuyo origen desconocemos son influidos por la actitud de quien diagnostica y trata."

Michele Risso

INTRODUCCION

Creo que el título no recoge exactamente el contenido de lo que voy a exponer, pero la prisa por imprimir la publicidad trae estos problemas. En realidad debería decir "HACIA UN ANÁLISIS INSTITUCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA", ya que ése es justamente el momento en que me encuentro en mi experiencia profesional.

Mi reciente trayectoria profesional está demarcada por dos aspectos que yo diferencio entre, mi trabajo como clínico en la Red pública en el proyecto de trabajo de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental en Sevilla y perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS) y, mi trabajo como formador y supervisor en el campo de la actividad privada bien, con grupos de profesionales que solicitan mi trabajo, bien en conciertos con organismos públicos. En este momento voy a referirme a mi trabajo profesional como formador y supervisor. Mi experiencia profesional en este campo la he compartido fundamentalmente con dos colegas y amigos S. Girón y A. Ramírez.

Al principio de nuestra actividad formadora dábamos una gran importancia, después de cierto tiempo de entrenamiento teórico-práctico con los conceptos elementales de la perspectiva sistémica, al análisis de casos que nos eran traídos por los componentes de los grupos de formación. Hemos insistido a nuestros dicentes en un aspecto para nosotros esencial tal como es el de analizar detenidamente la demanda recibida por nuestros clientes.

Desde nuestra experiencia, observamos lo interesante que era detenernos y analizar cómo se realiza la construcción del sistema terapéutico, ya que gran parte de las dificultades que nos eran traídas, remitían a una no clarificación por parte de los terapeutas, de cual era la demanda que habían recibido. De ahí que tanto en nuestra labor como formadores y/o como supervisores de casos, dieramos tanta importancia al análisis de la demanda y a la colateral evolución con la que se iba gestando el sistema terapéutico. Sin embargo al profundizar en el fenómeno, comenzamos a darnos cuenta de que estábamos errando en algo que la literatura sistémica

nos advierte: la dificultad de adecuar nuestra forma lineal de interpretar los fenómenos que observamos a una lectura relacional, a una lectura circular. Con el tiempo fuimos detectando que nuestra rigidez de pensamiento se centraba en una puntuación arbitraria basada en el análisis de la demanda, ¿pero qué sucedía con la oferta?. Si creíamos en el fenómeno de la circularidad de la relación en los sistemas que analizábamos, ¿cuál era la aportación de los profesionales en la relación terapéutica?. ¿Y el sistema formado por el Servicio al cual pertenecía el profesional al que supervisábamos, cuáles eran sus características relacionales?. ¿Cuál era la aportación en cada caso de los otros operadores que formaban el sistema del equipo terapéutico?. ¿Cómo influía el sistema Servicio en la relación terapéutica?.

Cuando comenzamos a analizar los casos que nos proponían los profesionales con los que supervisábamos no solamente desde la puntuación arbitraria de la observación del que pide, sino del análisis de lo que ofertamos, del análisis de las expectativas que creamos, fue muy interesante observar que las aportaciones eran mucho más acaloradas que cuando los casos eran exclusivamente vistos desde el análisis de las peticiones de los clientes. Incluso llegamos a tener algún que otro abandono y reprimenda porque esas cosas no se debían de tratar, eran problemas muy serios que mejor no tocar, aquello parecía más una terapia de grupo y no se trataba de eso... lo que indicaba la dificultad que entrañaba este asunto para los profesionales.

He de añadir que nunca hemos recibido una petición clara de análisis de una institución o de un grupo, pero que el desarrollo de nuestro planteamiento de trabajo nos llevaba a exponer a los profesionales a los que supervisábamos que podíamos tener ese lado oscuro sin tratar, pero no tenerlo en cuenta no serviría de gran cosa, para ello les hacíamos reflexionar sobre el aprendizaje previo que habían tenido en la teoría sistémica. De esta manera hemos pasado paulatinamente de supervisar exclusivamente los casos en función del análisis del sistema del que procedían, a analizar aspectos relacionales de la comunicación del equipo, respecto de la tarea.

No es propiamente un análisis institucional, por ahora nuestro trabajo se está enfocando al análisis de la estructura de relación en el equipo en función de la tarea propuesta de supervisar casos problemáticos.

DEL ANALISIS DE LA DEMANDA Y LA CONSTRUCCION DEL SISTEMA TERAPEUTICO AL ANALISIS DE LAS ESTRUCTURAS DE LA INSTITUCION O DEL EQUIPO

L. Onnis en su libro *"Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos"*, expone los resultados de una investigación que hizo con sus colaboradores y nos narra -en el caso de lo psicossomático, pero que podría extenderse a otras patologías que tratamos- que *"el paciente y su familia están confundidos, tienen dudas, están disponibles para reconocer la existencia de diversos componentes del síntoma ... aun cuando el operador trabaje en un contexto institucional caracterizado por determinados modelos de intervención, podría decidir dar respuestas diferentes. Por lo tanto, en el momento en que se produce este encuentro, todo está en juego."*

*La demanda y la respuesta no están dadas a priori, sino que ambas se definen como resultado de una interacción recíproca. Y es justamente aquí, en la concreción de esta interacción, donde se constituye el **sistema terapéutico** ".*

Sobre estos presupuestos iniciamos nuestro trabajo con profesionales de diferentes campos. Actualmente trabajamos con un grupo de profesionales de distintos servicios, y con dos grupos de profesionales pertenecientes a dos servicios distintos.

Invariablemente las demandas que recibimos van dirigidas al aprendizaje de las técnicas sistémicas de abordaje y análisis de casos que son conflictivos para los profesionales, o para un servicio. Sin embargo nuestro interés por entender cómo se construye el sistema terapéutico, nos ha llevado a analizar, contando con el permiso explícito de los profesionales, cómo estaba organizada la tarea en el equipo y cómo se establecían las relaciones de trabajo. Ese aprendizaje, siempre realizado a través de los casos presentados, ha sido de una gran utilidad para los equipos y como todo aprendizaje ha generado cambios y nuevas formulaciones en el trabajo.

Inicialmente nos encontramos con denominados "equipos multidisciplinarios", título muy extendido dentro de la cultura de los servicios. Dicha multidisciplinariedad está basada en el intento sensato de buscar información variada y desde perspectivas diferentes sobre los casos a los que se atiende, con el objetivo de realizar un correcto abordaje de los mismos. Sin embargo nos encontramos con que "... se tiende cada vez más a buscar la suma de las partes y a llamarla síntesis en nombre de un eclecticismo que no es en absoluto una tentativa de reunir, sino la modalidad de separación más refinada". (Morelli). De ahí que nuestra labor en el abordaje de las relaciones institucionales alrededor de la tarea fuese pedir una explicación a cada miembro del equipo de cuál era su tarea, cómo quedó definida, por quién y si esa tarea "oficial" le satisfacía o no y qué otras cosas realizaba a parte de esta tarea y cómo surgió realizar esta otra tarea y quién le autorizó. Estas preguntas se hicieron al principio, pero en la presentación de cada nuevo caso esa información se fue incrementando llegándonos a dar elementos muy importantes de cómo era el estilo de comunicación en el equipo. Pero lo más importante de todo esto no era que nosotros los "supervisores" comprendiésemos el campo de relaciones, sino que los miembros del equipo comenzaban a relacionar ciertos estilos de relación de los clientes con estilos de relación en el equipo. Era como si los casos que bloqueaban la capacidad creadora del equipo, hicieran referencia a bloques en la relación en el equipo.

No estamos en condiciones de hacer una relación directa entre los conflictos en la relación del sistema equipo tuviese una reciprocidad equivalente y matemática con la dificultad presentada por el caso, pero sí empezamos a percibir relaciones importantes a tener en cuenta sobre todo para que en el equipo terapéutico se pueda producir un cambio de óptica que facilite la relación con el sistema del que proceden los clientes, con las consecuentes ventajas para la tarea propuesta cual es la mejora en la evolución de las patologías que nos son presentadas. Así mismo contemplamos un interés menor en los miembros del equipo por clasificar esquemáticamente los casos y sí por

entender su historicidad, de comprender la evolución de los acontecimientos, lo que permitía una mayor amplitud de miras en el análisis y propuestas estratégicas desbloqueadoras.

Gradualmente hemos ido detectando en los equipos con los que hemos trabajado, por este cambio de enfoque donde la puntuación arbitraria no quedaba sólo dirigida al sistema del cliente sino que también analizaba el sistema de los profesionales, cómo iban apareciendo posiciones de análisis de la distribución del trabajo y un cuestionamiento bastante crítico de la organización del trabajo. Todo esto ha ido generando cambios bastante sorprendentes en la distribución y posicionamiento de los diferentes miembros que los componen.

LA JERARQUIZACION Y LOS ROLES

El proceso de análisis por parte del equipo de su propio sistema de relación choca con elementos a la vez tan visibles como ocultos como son la estructura jerárquica y la función de los roles profesionales. Encontramos especialmente difícil este asunto y cada vez que aparece explícita como implícitamente lo tratamos con toda la delicadeza que nos es posible así como con una visión lo más positiva posible.

Entendemos y aceptamos la existencia de una jerarquía en los equipos, no estamos de acuerdo con visionarios igualitaristas que proponen la "igualdad" entre todos los miembros del equipo, con graves consecuencias para lo que es un elemento importante en el quehacer terapéutico como es la asunción de responsabilidades. Pero sí intentamos analizar y comprender cómo se estructuran las relaciones de poder ya que éstas condicionan y afectan directamente la tarea. Intentamos con este análisis que el esquema jerárquico no afecte a áreas de trabajo tales como la de la producción creativa de cualquier miembro del equipo sin importar el escalón que ocupe dentro de la jerarquía. Hemos encontrado aportaciones muy valiosas del personal que ocupa puestos diferentes del de los técnicos y no tenerlos en cuenta, no valorar la capacidad de observación de estos miembros es un error que no es infrecuente, y que a veces, podría evitar dificultades serias en el proceso del tratamiento de los casos que atendemos. Por esto, siempre solicitamos el "permiso" a la jefatura jerárquica, a los interesados y al resto del equipo, que el personal auxiliar tenga un lugar en la implicación de la formación y supervisión, solicitándoles su activa participación. Ha sido muy frecuente que su participación haya añadido aspectos interesantes para reconducir un proceso terapéutico en un momento difícil, así mismo esta participación ha generado actitudes diferentes de este personal respecto de los clientes siendo este cambio muy apreciado en el resto del equipo.

BIBLIOGRAFIA

GIRON GARCIA S., LEON MAQUEDA A., RINCON REVUELTA A., "La Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Sevilla". (En prensa).

ABEIJON J.A., "Los sistemas en la demanda del toxicómano". *Comunidad y Drogas, Monografías* (1.987), 1, pp: 21-23.

CARLI R., "El análisis de la demanda". *Revista de Psicoterapia*. Vol 1, N°1, pp: 71-83.

LEÓN MAQUEDA A., GIRÓN GARCÍA S., GÁMIZ GONZÁLEZ A., "Una experiencia de continuidad de cuidados desde la Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Sevilla". *MARISTAN: Revista de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. Vol. II. N° 5 Diciembre 1993. pp: 64-70.

WATZLAWICK P., BAVELAS J.B., JAKSON D.D., "Teoría de la Comunicación Humana". Ed. Herder. Barcelona. 1.989.

CANCRINI L., "La Psicoterapia: Gramática y sintaxis". Ed. Paidós. Barcelona-Buenos Aires-México. 1ª Edición, 1991. pp: 99-117.

ONNIS L., "Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos". Ed. Paidós. Barcelona. 1.990.

PRATA G., "Un arpón sistémico para juegos familiares". Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1.990.

BETTELHEIM B., ROSENFELD A. "El arte de lo Obvio". Ed. Crítica. Barcelona. 1.994.

SISTEMAS HUMANOS E INSERCIÓN SOCIOPROFESIONAL: LA CONSTRUCCIÓN DE UNA REALIDAD PARA EL EMPLEO

*Juan Miguel de Pablo Urban.
Psicólogo y Psicoterapeuta de Familia.
Coordinador Técnico de la Red Provincial de Orientación e
Información Profesional.
Instituto Nacional de Empleo (INEM). Dirección Provincial
de Cádiz.*

INTRODUCCION

Hablar de enfoque sistémico e inserción profesional puede resultar extraño, existe una exagerada tendencia a identificar "lo sistémico" con la terapia familiar. Esto es lógico si consideramos que el acercamiento de la inmensa mayoría de los profesionales a los abordajes relacionales y a la perspectiva sistémica se ha desarrollado a través del estudio de las intervenciones con familias en el marco de la psicoterapia. Siempre influye quien nos presenta. De este mismo modo, cuando estudiamos las raíces que han alimentado a la Terapia Familiar, parece sorprendernos que disciplinas, tan aparentemente ajenas, como la Cibernética, la Antropología o la Biología sustenten gran parte de las construcciones teóricas básicas desde las que trabajamos.

Quizás pasamos un poco de largo porque, a fin de cuentas, nos interesa ver familias y aprender con ellas, junto a ellas. Pero una vez inmersos en esa forma distinta de entender los acontecimientos, cuando ya hemos conseguido abandonar la linealidad en el discurso, cuando las "gafas sistémicas" han sido lo suficientemente asimiladas y nos sentimos cómodos con ellas, empieza a plantearse un serio problema. Gran parte de las construcciones y de las respuestas que habíamos empleado hasta el momento para responder a los problemas que nos surgían, entran en crisis. Surge en nosotros una inquietud, una incómoda y atractiva posibilidad de volver a construir respuestas novedosas, al menos para nosotros mismos, ante fenómenos que hasta el momento habían encontrado acomodo en las ópticas tradicionales que habíamos venido utilizando.

El valor de esta incomodidad es doble: de una parte, quizás nuestros planteamientos empezaban a acusar un exceso de entropía, demasiado tiempo respondiendo con unos esquemas que a fuerza de ser empleados denotaban cierta rutinaria repetición. De otra: ¿cuántas de nuestras formas de intervención no nos eran satisfactorias?, ¿qué fallaba aquí o allá en lo que hacíamos?.

Las Ciencias Sociales, la Psicología por supuesto, han estado funcionando con un grado de parcelación excesivo. Está prohibido salir de la especialización que se ha impuesto fruto de la herencia empirista y experimentalista del siglo XIX. Tomemos cualquier

situación, fenómeno o incertidumbre y sometámosla a la observación científica, observación basada en el esquema: "aislar el fenómeno-introducir algo-observar los resultados". Podemos así presentar conclusiones que, a su vez, refutan, contrastan y/o confirman esas otras. Mañana tendremos que deducir qué variables no fueron consideradas por nuestros colegas o qué variables se nos olvidó introducir a nosotros, y así, etcétera, etcétera.

Debemos grandes cosas a esta forma de afrontar el mundo pero, igualmente, nos debemos a nosotros mismos la posibilidad de construir, co-construir, otras alternativas que puedan ser distintas, novedosas. Alternativas que introduzcan información nueva en el sistema académico-técnico-profesional donde trabajamos.

Una vez dicho esto puedo empezar a expresar una de mis inquietudes personales. H.S.Sullivan (Wyss, 1961) señaló ya en la década de los 60 que la meta final de las ocupaciones psiquiátricas -y psicológicas- estaba en el desarrollo de una psicología social. Quiero entender que la importancia del desarrollo de una psicología social está enfocada en la necesidad de generar posibilidades de renovación en los sistemas sociales mediante la introducción de nueva información que facilite la evolución de los sistemas. Desarrollo social versus crecimiento ilimitado (Barbancho, 1982). El crecimiento ilimitado era la gran fantasía de la opulencia que ha guiado y estructurado al sistema económico. Este crecimiento ilimitado ha ido generando bolsas de pobreza y marginación, ingentes cantidades de personas desocupadas. Sabemos que las previsiones para un futuro cercano no son nada halagüeñas y reconocemos que gran parte de nuestra labor como profesionales se dedica a taponar las "infecciones" que los modos del sistema impone. Es decir, que nuestro trabajo consiste en ayudar a que ese mismo esquema de opulencia siga manteniéndose y éste es un asunto que no podemos olvidar.

¿CÓMO SURGE LA IDEA DE INTERVENIR SISTEMICAMENTE CON DESEMPLEADOS?

El trabajo con colectivos desempleados y la intervención psicosocial en este campo tiene vertientes complejas porque la Economía, la Política de Empleo, El Mercado de Trabajo y Los Sistemas Educativos y de Formación Profesional tienen mucho que decir. Desde la participación del profesional, psicólogo en este caso, preocupa especialmente de qué forma podemos colaborar en la inserción socioprofesional de, por ejemplo, tantos jóvenes que no han podido acceder al primer empleo.

Todos los estudios e investigaciones sobre los efectos del desempleo (Alvaro, 1992) insisten en:

- 1- **las consecuencias psíquicas** (Jahoda, 1987) (De Pablo, 1986):
 - a) en trastornos psíquicos menores (Miles, 1983) (Alvaro, 1992).
 - b) en reacciones de carácter depresivo (Buendía, 1987).
 - c) en el descenso de la autoestima (Alvaro y Garrido, 1990).
 - d) en la insatisfacción con la vida presente (Miles, 1983).
 - e) en las relaciones familiares (Komarovsky, 1940) (Garrido-Fernández, 1986) (Bergere y Sanz, 1984) (De Pablo, 1994).

2- **las consecuencias orgánicas** (Miles, 1983) (McKenna y Payne, 1984) (Cook, Cummins, Bartley y Shaper, 1982) (Watkins, 1981).

3- **las consecuencias sociales:**

- a) en el rechazo de las instituciones, valores tradicionales y incremento del escepticismo ideológico-político (Bergere, 1989).
- b) en la utilización de los desempleados como amortiguador de las reivindicaciones laborales de los trabajadores (Bilbao, 1989).
- c) en general en el incremento del malestar social (Montoro, 1989) (Ferrer y Domínguez, 1978) (Laurén, 1986).

Ahora bien, todos los estudios tienen en común la raíz lineal a la que hacíamos referencia en la introducción, es decir, el problema está planteado desde la óptica mediante la cual se confirma que los efectos psicológicos, como bien sintetiza Alvaro Estramiana (Alvaro, 1992) (tomado a su vez de: Gergen y Gergen, 1982), pueden ser enfocados mediante:

1. *Explicaciones centradas en la situación, donde la persona carece en gran medida de libertad de acción.*
2. *Explicaciones centradas en el medio, pero donde la persona puede cambiar algunos elementos del mismo.*
3. *Explicaciones centradas en características personales en las que el grado de acción de los individuos es limitado.*
4. *Explicaciones centradas en las características personales, donde los individuos son considerados como sujetos agentes que determinan su propio destino.*" (sic. pag. 30).

La carencia de una visión desde lo "complejo", en el sentido de Edgar Morin (Morin, 1990), resalta en todos estos planteamientos sobre el desempleo como fenómeno y el desempleado como sujeto. Morin dice que "la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad, para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y de certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar... Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de producir ceguera si eliminan a los otros caracteres de lo complejo..." (sic. pag. 32).

Si nuestros esquemas de trabajo se mantienen dentro de los límites lineales nos ocurrirá, en primer lugar, que generaremos intentos de solución, léase intervenciones, que estarán en consonancia con el sistema y, por tanto, que no renovarán con nueva información, negentrópica, los cauces de interrelación intrasistémicos. Como si no permitiéramos que entrara sangre distinta a la de los propios miembros de una misma familia. Por esto podemos llamar a las intervenciones psicossociales, enmarcadas desde este *modus operandi*: **endogámicas**. En segundo lugar: la labor de los profesionales quedará anulada porque en vez de generar una psicología social prodesarrollo nos convertiremos en encargados del control social, acrílicos con nuestro trabajo, sin posibilidades para reflexionar sobre nosotros y nuestro entorno.

Las intervenciones sobre el colectivo de desempleados, por ello, están impregnadas de este espíritu simplista. Se ha supuesto que el elemento básico es la *carencia*: carencia de trabajo, de cursos económicos, de formación, de habilidades, de capacitación profesional. La respuesta no se hace esperar y comienzan a planificarse programas cuyo eje vertebrador está caracterizado por formas posibles de rellenar, formas alimenticias. Cualquier acción está destinada a llenar los huecos, deficiencias, vacíos del sujeto, o del medio, o de ambos.

Así se implementan planes de actuación para facilitar:

1. la adquisición de **conocimientos profesionales**, ya sean formativos y/o experienciales. Se ponen en marcha multitud de cursos de Formación Ocupacional, Programas de Empleo-Formación como las Escuelas Taller y Casas de Oficio, y cuyos objetivos se centran en la profesionalización de los desempleados. Simultáneamente se prepara una Reforma de la Formación Profesional desde el Sistema Educativo y se establece la máxima especialización como meta.
2. la adquisición de **habilidades instrumentales**, que nos hace entender que los desempleados carecen de técnicas sobre búsqueda de empleo, de técnicas de comunicación persuasiva, de estrategias para afrontar el contacto con los empresarios, y, como respuesta, se preparan sesiones de información colectiva para facilitar su asimilación (sesiones SITBE, planes PIBE, sesiones MABEM, Agendas de Búsqueda de Empleo...).
3. la adquisición de **información sobre el entorno y sobre sí**, pues partimos de la suposición que una deficiente información de las posibilidades que el propio sujeto tiene, ya sea porque desconoce los recursos que el entorno le puede ofrecer o los puntos fuertes y débiles que en sí mismo posee, están en la base de su desocupación. Para ello se realizan acciones de orientación e información profesional (sesiones GIRA, Programa "Descubre Otras Profesiones", Red de Orientación INEM, Red de Orientación de EEMM), se les facilita información sobre sus capacidades, intereses, rasgos de personalidad, sobre el Mercado de Trabajo y sus tendencias, sobre la red de servicios de ocio, asistenciales y ocupacionales del entorno social.

Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Mancomunidades de Municipios, Comunidades Autónomas, Administración Central y Comunidad Europea destinan una ingente cantidad de recursos en estas líneas y en los aspectos de cobertura asistencial, prestaciones económicas, subsidios, planes de empleo *entretenimiento* (ej. Plan de Empleo Rural), etc. Paralelamente la evaluación de los resultados obtenidos son desalentadores.

En todos estos esquemas de intervención reconocemos el esfuerzo de un sistema que no sabe cómo responder al inmenso colectivo de personas desempleadas. El desempleo sigue aumentando y podemos reconocer las voces de quienes, tras estar inmersos en esta labor, repiten que los planteamientos están fallando por su base. Estamos alimentando generaciones en la pasividad, estamos obviando la capacitación personal de los sujetos, estamos olvidando que los propios sistemas mantienen estructuras para su supervivencia aunque sea en detrimento de los individuos. Del Rio, Jover y Riesco (1991) afirman que *"la formación por el empleo está intrínsecamente ligada a*

un concepto de formación para ser persona madura, autónoma, responsable... y lo que es lo mismo: está estrechamente vinculada a la formación para el desarrollo comunitario " (sic. pag. 78).

El paro, no debemos de olvidarlo, es un fenómeno estructural. No podemos considerarlo como algo temporal, friccional, o modificarlo de forma sensible desde el marco de las ideologías dominantes. Cualquier solución implicaría una revisión de presupuestos básicos de la propia estructura del sistema social y de su enclave ideológico: el individualismo y el neoliberalismo (Miralles, 1989).

La posibilidad de solución está, como aboga T. S. Kuhn (Kuhn, 1982), en el cambio de teorías globales. "El paso de una teoría a otra (o matriz disciplinar en su terminología) es inducido por la aparición de numerosas "anomalías", es decir, de experiencias que no pueden interpretarse dentro del marco teórico vigente. Es entonces cuando puede aparecer un nuevo "paradigma", un modelo sencillo, capaz de desarrollar-se en una nueva matriz disciplinar integrando buena parte de las anomalías en un esquema más claro, coherente y sencillo" (Miralles, 1989)(sic. pag. 76).

Las intervenciones psicosociales endogámicas, ésta es su naturaleza, están dejando aparcar otras visiones alternativas, otros modos de acercamiento, otras narrativas diferentes, otras construcciones novedosas. El desempleo, se dice, es un problema irresoluble, lo que implica que sus consecuencias individuales, familiares y sociales también entran en el mundo de lo no soluble; a la par sólo nos queda, como técnicos encargados de la materia, contener, controlar, entretener, taponar, refrenar; pues es lo que la supervivencia de la estructura actual del sistema nos exige. Ceruti (1986) nos dice que "un problema y sus soluciones nunca son independientes del universo de discurso dentro del cual han sido formula dos... en el interior de un universo de discurso o de un programa o de particulares opciones epistemológicas, un problema puede resultar insoluble... la demostración de la insolubilidad del problema en el ámbito de su formulación de origen no disuelve el problema, pero puede convertirse también en el momento nucleante de un nuevo universo de discurso, de un nuevo programa, de nuevas opciones epistemológicas en cuyo interior se redefine la naturaleza del problema y el sentido de su solubilidad" (sic. pag. 43, el realzado de frase no es del autor).

NUEVOS DISCURSOS: INTERVENCION PSICOSOCIAL SISTEMICA versus INTERVENCIONES PSICOSOCIALES ENDOGAMICAS

La construcción de la realidad social que los desempleados como colectivo tienen ha sido poco analizada. El significado de ser desempleado, los medios que el entorno emplea para facilitar o mantener, desde la narrativa social, actitudes diferentes a las esperadas han sido universos de discurso no contemplados con el necesario detenimiento. No se plantea que las actitudes del desempleado, su forma de entender lo que ocurre en su medio y en sí mismo, puede estar ejerciendo una labor de fuerte contenido homeostático para el sistema familiar y social al que pertenece.

Cuando hablábamos de desaliento por los resultados de las acciones e intervenciones realizadas en colectivos de desempleados, nos

referimos al hecho de que las actitudes más extendidas hacia el empleo y hacia la realización de acciones de inserción profesional son de una intensidad bajísima, es decir, ¿por qué un joven que ha desarrollado una labor durante tres años en una Escuela Taller, con el objeto de profesionalizarse en un oficio en el plano teórico y práctico, termina sin haber conseguido una mínima cualificación profesional?. ¿Por qué el nivel de actualización profesional de los demandantes de empleo para evitar la obsolescencia en la capacitación obtenida en el sistema educativo, es tan baja?. ¿Por qué los bajos niveles de disponibilidad para el empleo, o las limitaciones planteadas para aceptar una oferta de trabajo, son tan repetitivos?.

Ante esto empieza a hablarse de programas de motivación al desempleado, como si la desmotivación fuese un asunto individual y, cómo no, de mala fe por lo que, siguiendo el esquema clásico, tenemos que realizar acciones motivadoras que permitan "sacar" al parado de su inacción y pasividad e "imbuirles" de un nuevo afán por el trabajo. Cuando esto se hace, ciertamente encontramos posibles nuevas construcciones de la realidad personal y social del desempleado que facilitarían su acceso al mundo productivo, ya sea mediante la consecución de un empleo o mediante la confección de un plan personal de inserción en un plazo determinado. Pero, al terminar los programas de intervención, la curva motivacional comienza a descender hasta recuperar los niveles basales que al inicio recomendaban este tipo de intervención. El escaso periodo temporal de duración de los programas no permite afianzar los cambios.

Esto ocurre, en gran medida, por la imposición desde el discurso social dominante de la pasividad y la inacción como medios de bienestar social. Dependerá en gran medida de la familia, de cómo el sistema familiar se hace eco de este discurso dominante, si lo amplifica hasta lo indecible o si lo atenúa, de la capacidad crítica del propio sistema familiar hacia este discurso dominante, de los intereses para la homeostasis familiar en incorporar este discurso en su narrativa o de los niveles de distonía o sintonía que este discurso produzca en el sistema y en sus miembros.

Es importante resaltar este efecto modulador de la familia respecto a las narrativas sociales dominantes. Sabemos que familias con pocos recursos, multiproblemáticas, han sido atendidas por los profesionales desde el control, los mismos enfoques teóricos en Terapia Familiar, por ejemplo el estructuralismo, se centraban en similares esquemas: control, fronteras y estructuración desde el exterior. Cancrini (1994) abría una apasionante puerta al plantear que si los terapeutas respondemos a lo que solicita este tipo de familia haremos exactamente eso: control, estructurar..., ¿no es un reto permitir que las familias retomen su propio poder en vez de actuar en consonancia con lo que estos sistemas familiares multiproblemáticos nos piden y que, evidentemente, no hemos reconocido durante mucho tiempo?. Esta afirmación de Cancrini respecto a la intervención con familias multiproblemáticas es un ejemplo de la posibilidad generadora de universos de discurso, integrado en la cibernética de segundo orden, donde reflexionamos sobre lo que hacemos, reconociendo, justamente por eso, nuestra plena participación en el discurso del sistema. De ahí que las aportaciones de Mony Elkaim (Elkaim, 1989), con las resonancias, o de los constructivistas, con

el equipo reflexivo (reflecting team), las nuevas técnicas de M. White (1989) (White y Epston, 1980), etc. sean tan de agradecer.

Toda intervención psicosocial con desempleados habría de considerar que para poder deconstruir la narrativa social dominante, modulada por el sistema familiar, se requiere un trabajo a fondo que facilite la construcción de una red social de apoyo al cambio de actitudes. Esta red social es la que se puede encargar de asumir el papel referencial donde el individuo, que se encuentra en desempleo, pueda reforzar las alternativas, que se hayan generado en las intervenciones. Las atribuciones y los valores adjudicados al trabajo, al empleo y a las posibilidades de inserción socioprofesional -no existe inserción profesional sin inserción social ni viceversa- en el Mercado de Trabajo pueden ser modificadas, a pesar de la dominancia narrativa del sistema social.

En síntesis, podemos desarrollar programas de intervención psicosocial para luchar contra las consecuencias psicológicas y sociales del desempleo y, para ello, hemos de considerar los siguientes aspectos:

a) Trabajar con sistemas alternativos, mediante:

a.1. Familias, como medio idóneo para atenuar la narrativa social amplificada en el sistema familiar.

a.2. Formación de grupos de desempleados con el objeto de crear una red social alternativa de apoyo como microsistema sustitutivo para contrarrestar la narrativa dominante del sistema social.

Trabajar con sujetos de forma individual resulta infructuoso porque las narrativas individuales al entrar en conflicto con el discurso social, carecen de la fuerza necesaria para contrarrestarlo.

b) Temporalización dilatada de las intervenciones para poder afianzar y apuntalar adecuadamente las construcciones que se hayan podido cogenerar con el grupo. Podrían ser incluidas en los actuales programas de desarrollo temporal prolongado, por ejemplo en las Escuelas Taller y Casas de Oficio (de 1 a 3 años), pues desde la experiencia directa del joven que trabaja y se forma en grupo es más factible la reconstrucción vivencial y el afianzamiento de alternativas.

c) La metodología de trabajo ha de basarse en (Packman, 1993):

c.1. La deconstrucción de narrativas sobre sí y sobre el entorno, respecto al trabajo, el desempleo, la formación, la autonomía, la salida del hogar en los jóvenes que acceden al primer empleo, la iniciativa, etc, que impiden el desarrollo adecuado de los individuos en el sistema social.

c.2. La coconstrucción, mediante la selección y acentuación, de narrativas alternativas que el grupo genere hasta el establecimiento de un marco de referencia grupal proautonomía, prodesarrollo, proiniciativa,...

d) Iniciar una dirección solidaria cuyo objetivo final esté en el desarrollo comunitario y en la cooperación.

CONCLUSIONES

Toda intervención psicosocial para ser efectiva, desde nuestro trabajo como profesionales del campo de las Ciencias Sociales, tendría que considerar los siguientes aspectos:

1. La imposibilidad de situar los problemas sociales, como ocurre con el desempleo, en un prisma que se base en la consideración del fenómeno-problema como parcela aislada del contexto que puede a su vez reaislarse para su investigación. El desempleo ocurre dentro de un sistema abierto donde la continua interrelación con su entorno, retroacción y desarrollo, es la materia prima, la esencia, del mismo fenómeno. Cualquier investigación sobre la influencia del desempleo en la vida psíquica, orgánica o social de los sujetos, basada en la consideración del desempleo como fenómeno que acontece en un sistema cerrado, donde podemos aislar variables y dar explicaciones de causalidad lineal, resultaría a estas alturas improductivo.
2. Dar posibilidad de aprehender el fenómeno social con toda su complejidad, con toda su incertidumbre, como medio para generar respuestas alternativas a las que se están produciendo y que, ya, han llegado a su propio agotamiento.
3. Evitar las intervenciones endogámicas pues estas se encuentran construidas dentro de la narrativa social dominante, la cual tiene como principal objetivo mantener la estructura del sistema a costa de sus propios miembros.
4. La intervención psicosocial en colectivos de personas desempleadas ha de partir de la consideración del peso que el discurso social tiene y cómo puede modularse a través del sistema familiar. En función de la adherencia del sistema familiar a la narrativa del sistema social se producirán amplificaciones peligrosas o atenuaciones importantes. La posibilidad de trabajar con sistemas familiares puede facilitar importantes transformaciones en las personas que sufren el desempleo. A pesar de esto, tenemos más facilidad para trabajar con grupos de personas desempleadas como elemento imprescindible para que el individuo pueda contrarrestar el discurso dominante con otros discursos alternativos.
5. El trabajo con desempleados ha de basarse en la deconstrucción de narrativas asociadas al trabajo, la autonomía, la independencia, que están protegiendo al sistema social y/o al sistema familiar de los cambios necesarios para su renovación. La construcción de narrativas alternativas y su afianzamiento dentro del grupo microsocioal sustitutivo es el objetivo principal.

BIBLIOGRAFIA

ALVARO-ESTRAMIANA, J.L. (1992) *Desempleo y Bienestar Psicológico*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

- ALVARO-ESTRAMIANA, J.L.;GARRIDO-LUQUE, A. (1990) "Modelos de transición tras la FP-2 y cambio psicológico: un estudio longitudinal". *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, nº 16, pp. 74-78.
- BARBANCHO, A.G. (1982) *Población, Empleo y Paro*. Madrid: Ed. Pirámide.
- BERGERE, J. (1989) "Las actitudes ideológico-políticas de los jóvenes madrileños en situación de desempleo: Un análisis cualitativo", en TORREGROSA, R.;BERGERE, J.;ALVARO-ESTRAMIANA, J.L. (1989) *Juventud, Trabajo y Desempleo: Un análisis psicosociológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- BERGERE, J.;SANZ-RUEDA, C. (1984) "Los efectos del paro sobre las relaciones familiares". *De Juventud*.
- BILBAO, A. ((1989) "La utilización ideológica de los jóvenes", en TORREGROSA, R.;BERGERE, J.;ALVARO-ESTRAMIANA, J.L. (1989) *Juventud, Trabajo y Desempleo: Un análisis psicosociológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- BUENDIA-VIDAL, J. (1987) *Autoestima, Depresión y Paro Laboral*. Valencia: Ed. Nau Llibres.
- CANCRINI, L. (1994) "De la familia multiproblemática al problema multiservicio". Ponencia 27/6/94, Barcelona: 2ª Jornadas Dictia de Terapia Familiar.
- CERUTI, M. (1986) *Il vincolo e la possibilità*. Milán: Feltrinelli. (También en: CERUTI, M. (1991) "El mito de la omnisciencia y el ojo del observador", en WATZLAWICK, P.;KRIEG, P. (1991)(comp.) *El ojo del observador: Contribuciones al Constructivismo*. Barcelona: Ed.Gedisa (1994)).
- COOK, D.;CUMMINS, R.O.;BARTLEY, M.J.;SHA-PER, A.G. (1982) "Health of unemployed middle-age men in Great Britain". *The Lancet*, junio, pp. 1290-1294.
- DE PABLO-URBAN, J.M. (1986) "Hipótesis sobre las consecuencias psicopatológicas y sociales del desempleo". *Apuntes de Psicología*, nº 18-19, pp.5-9.
- DE PABLO-URBAN, J.M. (1987) "El papel del psicólogo en la lucha contra el desempleo". *Apuntes de Psicología*, nº 22, pp. 7-13.
- DE PABLO-URBAN, J.M. (1994) "Desempleo y Malestar Familiar: Un abordaje sistémico". (en prensa).
- DEL RIO, E.;JOVER, D.;RIESCO, L. (1990) *Formación y Empleo*. Barcelona: Ed. Paidós (1991).
- ELKAIM, M. (1989) *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- FERRER, R.;DOMINGUEZ, J.M. (1978) "Delincuencia y desempleo juvenil", *Orientación Profesional*, nº 9, pp. 121-124.

- GARRIDO-FERNANDEZ, M. (1986) *El modelo de padre en paro y el rendimiento escolar*. Jerez de la Frontera: Caja Ahorros de Jerez.
- GARRIDO-FERNANDEZ, M. (1990) "El desempleo y sus efectos en la dinámica familiar". *Familia, Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, nº 1, pp. 63-89.
- GARRIDO-FERNANDEZ, M. (1991) *Perfiles diferenciales de personalidad patológica en desempleados: un estudio empírico y psicodinámico*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de Psicología (resumen tesis doctoral).
- GERGEN, K.;GERGEN, M. (1982) "Explaining human conduct: Form and function", en P. Secord (comp.), *Explaining human behavior: consciousness, human action and social structure*. Beverly Hills: Sage.
- JAHODA, M. (1987) *Empleo y Desempleo: Un análisis sociopsicológico*. Madrid: Ed. Morata.
- KUHN, T.S. (1982) *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Breviarios del Fondo de Cultura Económica.
- KOMAROVSKY, M. (1940) *The unemployed man and his family*. New York: Driden.
- LAURENS, J.P.G. (1986) "Chômage: moderne eugénisme?" *Journal des Psychologues*, fevrier.
- McKENNA, S.;PAYNE, R. (1984) "Perceived health during lay off and early unemployment". *Occupational Health*, nº 36, pp. 201-206.
- MILES, I. (1983a) *Adaptation to unemployment*. University of Sussex. Science Policy Research Unit. Technical Report.
- MILES, I. (1983b) "Is unemployment a health hazard?". *New Scientist*, mayo, pp. 384-386.
- MIRALLES-MASSANES, J. (1989) *El mito de las grandes ideologías históricas*. En GARCIA-NIETO, J.N. y otros (1989). *La Sociedad del Desempleo: Por un trabajo diferente*. Barcelona: Cristianisme i Justicia.
- MONTORO-ROMERO, R. (1989) "La subcultura juvenil bajo el efecto del desempleo: una contradicción sociológica", en TORREGROSA, R.;BERGERE, J.;ALVARO-ESTRAMIANA, J.L. (1989) *Juventud, Trabajo y Desempleo: Un análisis psicosociológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- MORIN, E. (1990) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Ed.Gedisa (1994).
- PACKMAN, M. (1993) *Curso de Terapia Familiar Intensiva*. Berkshire Medical Center. Pittsfield (MA) USA. Agosto, 1993.
- WATKINS, S.J. (1981) "Recession and health. A research strategy". WHO Conference on Economic Instability and Health. Munich.

WHITE, M. (1989) *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Ed.Gedisa (1994).

WHITE, M.;EPSTON, D. (1980) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Ed.Paidós (1993).

WYSS, D. (1961) *Las Escuelas de Psicología Profunda*. Madrid: Ed. Gredos (1975).

APUNTES PARA UNA INTERVENCION DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA EN EL AMBITO DE LO SOCIAL Y COMUNITARIO

Francisco José Jaime Lora.
Psicólogo y Psicoterapeuta de Familia.
Coordinador Asistencial del Centro Provincial de Drogodependencias.
Diputación Provincial de Cádiz.

LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

Muchas de las demandas que nos llegan para realizar intervenciones en la comunidad, sea cual sea la índole del problema planteado, generan la necesidad al profesional de tener en sus manos una serie de recetas o modelos de respuestas estructuradas. Si se carece de un "modelo de receta", se podría entender que se deben atender aquellas más urgentes, aquellas a las que el político le tiene más cariño, aquellas que podamos contar con presupuestos, etc... Desde la óptica que se plantea, se defiende una forma de entender, diagnosticar e intervenir sobre este tipo de demandas cuyo elemento clave de intervención, va a ser la profundización en el análisis de la demanda y en la reformulación como elementos para no ofrecer "más de lo mismo".

Los Centros Sociales de Base, los equipos de drogodependencia o los equipos de Salud Mental, son preferentemente centros receptores de demandas y generadores de respuestas, y con suma frecuencia descuidamos la importancia que tiene el contexto de las demandas que se nos formulan, las expectativas al realizarlas y a veces nos olvidamos de las repercusiones psicosociales de nuestras ofertas y actuaciones a medio plazo, aunque a corto plazo las consideremos oportunas desde nuestra miopía.

El modelo de sistemas puede ayudarnos a entender cómo el que nuestra relación con los grupos de la comunidad se dé en un contexto u otro, cambia la relación con los mismos y el alcance de cualquier intervención, de ahí la importancia del análisis detallado que se propone.

BASES TEORICAS PARA LA INTERVENCION GRUPAL Y EL TRABAJO COMUNITARIO DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA

Bajo este epígrafe no se quiere hacer una descripción pormenorizada de formulaciones teóricas, sino de reseñar algunos elementos conceptuales que están insertados en la lógica de las intervenciones con grupos, y que estimo muy útiles para investigar-intervenir con los problemas de los grupos.

Los profesionales tenemos como tarea básica la de activar sistemas de comunicación en y entre los individuos de los grupos, aceptando con ello una premisa básica: el modo de ser y de vivir de las personas y sus experiencias son fuente de conocimiento. En este sentido la construcción del saber, es decir, de qué hacer ante una demanda grupal o cómo atajar un problema de la comunidad, abarca a todos y es a través de un proceso dialéctico como éste se realiza.

Desde una perspectiva amplia el trabajo social es un trabajo inespecífico de *promoción de la salud*, que incluye estrategias para que los individuos y comunidades aumenten el control sobre los determinantes sociales, ambientales y por consiguiente mejoren su salud.

El concepto de prevención, de esta forma, pierde la significación pasiva del modelo clásico- médico, de evitar, para adquirir unos valores más dinámicos y positivos, que llevan implícitos un aumento del nivel de conciencia colectiva. El instrumento apropiado, es pues el de la educación para la salud, como herramienta básica en el proceso de ayudar a los individuos a tener conocimientos necesarios para poder alcanzar el objetivo de salud.

La educación sanitaria conlleva un trabajo a tres niveles:

- Análisis de los problemas de la salud en el contexto social.
- Establecimiento de relaciones interpersonales y de grupo, para saber escuchar y comunicarse, con la finalidad de promover procesos de crecimiento cultural y de maduración psicológica de los grupos.
- Redefinición continua del propio saber y de la propia acción en coherencia con la evolución de las necesidades de la población.

Otro concepto clave para entender el trabajo con grupos es el que Bleger denomina *Esquema Referencial* o "*conjunto de experiencias, conocimientos y efectos con los que los individuos piensan y actúan*". El profesional desde esta perspectiva comunitaria no interviene resolviendo el problema planteado por la comunidad, problema que le viene ya definido en función de este Esquema Referencial, interviene en la población afectada, buscando y desarrollando en ella las capacidades que tiene y no utiliza, para que sea esa misma población la que modifique las condiciones que inducen y mantienen el problema.

El concepto de Representación Social también está íntimamente relacionado con el de Bleger, y podemos comprobar que problemas tales como la drogodependencia, la marginación, etc..., son problemas en los que la opinión pública va generando una serie de actitudes y conocimientos del fenómeno, que comportan actuaciones para resolverlos que pueden estar en sentidos opuestos. Ante este tipo de problemas complejos que suelen ser demandados, el profesional no puede convertirse en un reforzador de la situación y por lo tanto ampliar la situación desviante, sino que deberá plantearse estrategias encaminadas a neutralizar la desviación, ampliando la lectura que se

hace del problema y cambiando actitudes de rechazo por otras de colaboración. En esta línea podremos entender y considerar a la "desviación" no como un atributo de un individuo o de un grupo, sino como una propiedad del sistema.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE COMO ABORDAR LOS "PROBLEMAS" DE LOS GRUPOS DESDE ESTA PERSPECTIVA

Dada una hipotética intervención de un equipo profesional, debemos tener en cuenta que ésta se desarrolla mediante el acuerdo establecido entre la demanda y la oferta. De esta forma se quieren esbozar las líneas maestras de un programa de prevención comunitaria desde la perspectiva relacional:

- La posición del equipo de profesionales ante la demanda es la escucha de la situación que se define como anómala y del deseo de cambio de esta situación, y de quien lo hace y de los objetivos que se establecen.

- Cualquier intervención que realicemos en un área particular, si quiere ser efectiva, no puede olvidar su conexión con el conjunto de la organización.

- Toda intervención debe perseguir como objetivo prioritario "calidad de vida" de las personas afectadas, evitando hacer intervenciones o actuaciones indiscriminadas sin tener claro los objetivos que se persiguen y el alcance de los mismos.

- Las acciones que se efectuen deben de estar fundamentadas en una metodología participativa, buscando formas de colaboración adecuadas con los distintos estamentos sin invadir o ignorando los espacios de trabajo de otros profesionales.

- Toda intervención debe de realizarse, no sólo como actividad orientada a la resolución de problemas, sino también debe tender a mejorar, en relación a un contexto social amplio, las formas de existencia de los individuos, elaborando estrategias acordes con la realidad social existente en la comunidad objeto de la intervención.

- Muchas demandas de problemas tienden a ser presentadas de forma dramática y delegando la responsabilidad en el equipo de profesionales, por lo tanto un elemento clave para la posterior intervención va a resultar del análisis de estas circunstancias o propiedades de la demanda.

- Toda intervención ha de resultar útil más que académicamente elegante, y para ello debemos de buscar el consenso y los objetivos comunes entre las diversas partes implicadas.

- Las intervenciones propuestas deben de permitir la incorporación de los recursos comunitarios como elemento clave en la autorresponsabilización.

- Que exista voluntad real y compromiso político que respalden las actuaciones que se planteen. El trabajo entre políticos y técnicos

debe de establecerse, no sólo en el terreno de las soluciones, sino en una planificación conjunta de las distintas actividades.

- Debemos comprender y ayudar a comprender que no existen soluciones magistrales ni mágicas que resuelvan los conflictos que se nos plantean, y ni siquiera podemos generalizar las intervenciones. Antes de obsesionarse, hay que dar un paso en la búsqueda de soluciones reales y en la flexibilidad de criterios

METODOLOGIA DE LA INTERVENCION

Al evaluar las diferentes tácticas de intervención con grupos, surge evidentemente comenzar por una intervención cuyo único y específico objetivo fuese definir de manera clara e inequívoca la relación entre el equipo de trabajo y las personas que nos plantean la demanda, estructurando y marcando así, el contenido adecuado para una estrategia operativa. Para ello voy a seguir la metodología propuesta por Magrì y cols. en el libro "*Trabajar juntos, pero...*", que incluye las siguientes fases de la intervención: contextualización, cognoscitiva, programación y operativa.

Fase de Contextualización.

Objetivos: Analizar la demanda y encuadrar con la mayor precisión posible los dos contextos presentes (demandante y demandado) a fin de ir trabajando juntos para lograr un acuerdo con los objetivos y metodología a utilizar.

Metodología: Esto implica el análisis del demandante (quién y por qué se hace la demanda en este momento), análisis de la demanda implícita y explícita, y creación de una comisión interdisciplinar de trabajo.

La importancia de esta fase es tal, que de una errónea fase de contextualización surge una mala intervención.

Este primer contacto nos va a dar impresiones respecto a la incidencia del problema, a menudo verificadas en el trabajo cotidiano de los profesionales aunque sin sistematizar. Esta definición del problema por parte de los demandantes, lleva implícito un mecanismo de delegación. Esta voluntad de delegación surge de un sentimiento de impotencia y de desbordamiento para hacer frente a la situación presentada como problema, con los recursos que uno tiene.

El mecanismo de la delegación se pone en marcha porque los demandantes no pueden hacer frente a esa realidad y esperan que un grupo de profesionales podrá plantear las soluciones adecuadas, siendo uno de los aspectos más difíciles de contrastar y no aceptar, cuando uno es el receptor de la demanda. "Sólo el convencimiento de que es así, permite a dicho profesional no aceptar la delegación y reconvertir su papel mágico en otro de persona con unos conocimientos y habilidades que pueden poner en funcionamiento, conjuntamente con quien realiza la demanda, un proceso de trabajo dirigido a encontrar soluciones".

Fase Cognoscitiva.

Objetivos: Conocer y familiarizarse sobre la realidad en la que se va a incidir a dos niveles: datos objetivos existentes en la comunidad sobre el problema o señalamiento, y datos subjetivos sobre opiniones, hábitos, etc... que el grupo posee respecto a la población en relación al problema planteado.

Poder llegar a hacer una nueva formulación del problema desde un prisma más operativo, participativo y conjuntamente aceptado.

Metodología: Esta etapa supone un trabajo paciente de recogida de información a través de fuentes y aproximaciones distintas, que nos permita hacer un "*Diagnóstico de la realidad*".

No siempre es necesario ni conveniente utilizar el tiempo y los recursos en estudios epidemiológicos, que a la larga se convierten en el objetivo *per sé* de la intervención y después no son utilizados. El mejor método para conocer la realidad circundante, es aquel que facilite la obtención de datos a tiempo, económicamente, y produciendo la mayor calidad. Muchas veces los datos ya han sido recogidos por otras instituciones y sólo es necesario asegurarse de la calidad de los mismos, o simplemente utilizar métodos que nos permitan tener un conocimiento acerca del problema y sus necesidades basados en el conocimiento de personas claves de la sociedad.

La *constitución de la comisión de trabajo heterocentrado en la tarea*, va a ser el elemento clave que aglutine y permita la intervención posterior. Según Bleger, el grupo operativo heterocentrado es un conjunto de personas con un objetivo común al que intentan abordar operando como equipo. La estructura de equipo sólo se logra mientras se opera, teniendo el equipo propósitos, problemas, recursos y conflictos que deben ser estudiados y atendidos por el grupo mismo a medida que van apareciendo.

Uno de los requisitos fundamentales para el funcionamiento de este tipo de grupos es la figura del conductor, que debe ser tomada por el profesional del equipo a quien se le hace la demanda, y tiene como tareas más importantes:

- Modular la distancia justa entre un buen nivel de integración grupal y un cierto alejamiento que le permita analizar lo que está pasando.
- Proponer objetivos y planificar con todo el grupo.
- Reconducir al grupo hacia su objetivo: la tarea, no permitiendo que se escape o derive a otro tipo de actividades.
- Aportar contenidos o recursos cuando el grupo lo solicite o se identifiquen lagunas formativas.
- Preocuparse por el proceso grupal.

En esta segunda fase, una vez conseguida la implicación de los diferentes miembros en la búsqueda de datos y material sobre el problema analizado, se vuelve a analizar la demanda inicial, contrastando los diferentes puntos de vista e incluso las contradicciones. Este proceso dará lugar a la "*Reformulación de la demanda*". Esta redefinición del problema, hace pasar la demanda a otro plano, ésta ya no es propiedad ni del demandante ni del demandado, sino que en proceso de amplificación y de implicación se ha convertido en una tarea común.

Estas primeras fases son los cimientos del trabajo comunitario y son normalmente los momentos más intensos de trabajo, que van a requerir del profesional una relación con el grupo desde una posición de neutralidad y explicitación clara y transparente de las dificultades existentes, de los límites de la actuación y de no crear falsas expectativas de soluciones sencillas.

Fase de Programación.

Objetivo: Determinar las metas y los objetivos a alcanzar, así como los medios que serán necesarios para alcanzarlos. ¿Qué hacer?, ¿cómo hacerlo? y ¿con quién hacerlo?.

Metodología: Los objetivos propuestos declaran lo que se desea alcanzar, pero no expresan el cómo hacerlo. Esto requiere la conversión de los objetivos en actividades concretas así como la consideración del impacto de éstas en la sociedad. Según Allende, se deben tener en cuenta los siguientes criterios a la hora de seleccionar las acciones más adecuadas:

- Disponibilidad actual de recursos humanos (tipo, cantidad).
- Disponibilidad de otro tipo de recursos necesarios.
- Viabilidad financiera de los cursos de acción.
- Consideraciones de costo-beneficio.
- Nivel de compromiso de las partes involucradas.
- Datos acerca de la efectividad de las acciones consideradas.
- Percepción de la comunidad acerca de las alternativas.

El proceso de planificar y programar actividades conlleva tres elementos claves :

- priorizar sobre las situaciones en las que se quiere incidir. Necesidades prioritarias definidas por consenso. Limitar el área de intervención a ámbitos accesibles.
- definición de metas y objetivos (prácticos, viables, con la suficiente autoridad para poderlos implantar, aceptados por todos y medibles). La presencia simultánea de objetivos diferentes y superpuestos es frecuente en los grupos, nuestra misión es desvelarlos, hacerlos únicos y compartidos.
- determinación de las estrategias y acciones a poner en marcha (deberán facilitar la comunicación entre las partes involucradas, fomentar el principio del trabajo en equipo, consonantes con la filosofía que sostiene el programa).

En todo este proceso es necesario dictar unas normas de relación entre las partes intervinientes que garanticen el que se pueda llevar a cabo el proyecto de trabajo. A veces nos podemos encontrar con relaciones oscuras y sujetas a expectativas dentro del contexto del trabajo que generen un plan operativo inestable y de dudosa efectividad.

El resultado final de un buen proceso de planificación es la satisfacción de todos y la apertura al cambio, lo contrario genera frustración, ausencia de cambio y descalificación entre todos.

Fase Operativa.

Objetivo: Poner en marcha las estrategias que más se adecuan para conseguir los objetivos propuestos, así como revisar los posibles errores, resultados obtenidos y repercusiones de la intervención, mediante las técnicas evaluativas.

Metodología: Una vez completada la determinación de las acciones que promoverán los cambios deseados en la comunidad, se deberá elaborar una guía de implementación o implantación para cada una de las acciones acordadas. Para cada programa conviene tener un detallado desarrollo del mismo, pasos que vendrán recogidos en el PLAN: objetivos, acciones, recursos a utilizar, responsabilidad de los participantes, desarrollo en el tiempo, presupuesto y evaluación. Según Coursey, se deben de tener en cuenta los siguientes pasos para el desarrollo de las estrategias de implantación:

- Especificación clara de los detalles (quién hace qué para quién).
- Asegurarse de que hay una persona responsable de la coordinación de toda la actividad.
- Identificar todas las etapas preparatorias antes de la realización de la actividad.
- Listar los pasos en el orden en que ocurrirán.
- Cotejar cualquier paso excluido que pueda añadirse.
- Determinar fechas en las que las tareas deberán ocurrir.
- Consultar con las instituciones que se puedan ver afectadas por las actividades.
- Identificar dificultades, problemas y oportunidades potenciales, y anticipar su intervención.
- Especificar qué recursos serán necesarios y la fuente de éstos.
- Asegurarse de que todas las personas involucradas en la actividad conocen lo que se espera de ellos y para cuándo.
- Valorar los aspectos positivos y negativos de las alternativas propuestas.
- Valorar cómo es la relación entre los que están promoviendo el cambio y los miembros de la propia comunidad que pueden ofrecer resistencias.
- Valorar si el "precio" del cambio será demasiado alto en relación a los beneficios derivados de éste.

Dentro de las actividades propias de esta fase vamos a considerar también la *evaluación*. La expresión "cómo se ha logrado lo que se está intentando hacer", sintetiza el propósito primordial de la evaluación.

BIBLIOGRAFIA

BERTALANFFY , L. VON. (1974). *Robots, Hombres y Mentes*. Madrid. Ediciones Guadarrama.

KHUN, T. *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Madrid. Fondo de Cultura Económica.

KAPLAN, B. (1961). An Approach to the Problem of Symbolic Representation: Nonverbal and Verbal. *Journal of Communications*.

- ARDONE, R. G. (1990). *Rappresentazioni Familiari*. Roma. Ed. Borla.
- CASTELL, E. (1988). *Grupos de Formación y Educación para la Salud*. Barcelona. Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales.
- HALL, A. D. y FAGEN, R. E. (1956). *Definition of System*. General System Yearbook.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. y FISCH, R. (1980). *Cambio*. Barcelona. Ed. Herder.
- SELVINI PALAZZOLI, M. y Cols. (1987). *El Mago sin Magia*. Barcelona. Ed. Paidós.
- FORRESTER, J. (1968). *Principles of Systems*. Cambridge. Wright Allen Press.
- ABEIJON, J. A. (1987). Los Sistemas en la Demanda del Toxicómano. *Revista Comunidad y Drogas*. Monografía n° 1.
- HALEY, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- ANDOLFI, M. (1984). *Terapia Familiar. Un Enfoque Interaccional*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- BERGMAN, J. S. (1991). *Pescando Barracudas. Pragmática de la Terapia Sistémica Breve*. Barcelona. Ed. Paidós.
- WHITAKER, C. y BUMBERRY, W. (1991). *Danzando con la Familia. Un Enfoque Simbólico-Experiencial*. Barcelona. Ed. Paidós.
- BLEGER, J. (1971). *Temas de Psicología*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- MAGRI, N., BAULENAS, G., MARTI, V. y HOYUELOS, R. (1988). *Trabajar juntos, Pero... Una Propuesta Metodológica de intervención en el Municipio*. Barcelona. Grup IGIA.
- ALLENDE, C. (1987). *Planificación y Desarrollo de Sistemas, Programas y Servicios de Salud: Principios y Estrategias*. Puerto Rico. Escuela Graduada de Salud Pública. (Vol. en offset).
- COURSEY, R. (1980). *The Need History, Definition and Limits of Program Design*. Academic Press.

**ENFOQUE SISTEMICO EN LA INTERVENCION DE
SERVICIOS SOCIALES**

Mercedes Martín Díaz.

Diplomada en Trabajo Social.

*Area de Bienestar Social del Ayuntamiento de Bollullos Par
del Condado (Huelva).*

1. INTRODUCCION

Mediante esta comunicación voy a tratar de transmitir mi experiencia en la aplicación del modelo sistémico a los Servicios Sociales, donde desempeño mi trabajo.

Soy consciente de haber iniciado un camino y de la necesidad de continuar profundizando, analizando, corrigiendo errores e introduciendo nuevos elementos que contribuyan a enriquecer dicho trabajo. La iniciativa surgió como consecuencia de la insatisfacción por los resultados de la actuación profesional que venía realizando.

Desde hace años, sentía una inquietud e interés por el modelo Sistémico y había inclinado mi formación hacia el aprendizaje del mismo. Sin embargo, quizás por confundir la aplicación de tal enfoque con la terapia de familia, no me atrevía a llevar a cabo los conocimientos adquiridos.

A raíz de la puesta en marcha de un nuevo programa, para el que contábamos con el apoyo de un equipo externo, se comenzó el trabajo con familias.

Desde este momento, el análisis y cuestionamiento de mi práctica diaria tomó una dirección bien definida: el crecimiento profesional.

Expondré a continuación las características del contexto donde se desenvuelve mi trabajo, así como aquellos aspectos en los que la incidencia de la teoría sistémica ha sido mayor.

2. EL CONTEXTO

Los Servicios Sociales, objeto de esta comunicación, son dependientes del Ayuntamiento de Bollullos Par del Condado, provincia de Huelva, que es un municipio de 12.500 habitantes.

Están encuadrados, políticamente, en el Area de Bienestar Social. Desde la última legislatura, este Area es responsabilidad de un técnico-político: una Trabajadora Social.

Ubicados en el denominado Centro de Bienestar Social, comparte el edificio con otros servicios del mismo Area:

- El Centro de Información General, que asume las tareas del Centro de la Mujer, del Centro de Información Juvenil y de la O.M.I.C.
- El Servicio de Formación y Empleo.
- El Centro Comarcal de Drogodependencias.

Desde cada uno de ellos se realizan diversos programas, contando con el apoyo de profesionales externos contratados a tiempo parcial: Diagnóstico de Salud, Asesoría Jurídica a la mujer, Educación Sexual para jóvenes y un programa de Atención a Afectados por el VIH- SIDA.

Hay que destacar que la directriz política de este Ayuntamiento es reflejo de la idiosincrasia de su población. Su gente nunca se ha conformado con los recursos existentes y han buscado fuera de sus términos geográficos la superación económica y social. De igual forma,

el Ayuntamiento no se limita a asumir las competencias que le marca la Ley, sino que aspira a más.

Este hecho es positivo aunque choca con la realidad de sus escasos medios económicos.

3. LOS SERVICIOS SOCIALES

Implantados en 1984, han tenido una trayectoria que, cuando menos, ha sido interesante. Destaca, en la misma, la puesta en marcha de un Plan Municipal de Drogodependencias, que ha sido el padre de la organización actual del Centro de Bienestar Social. Actualmente, los Servicios Sociales, como tales, sólo cuentan con una profesional (T. Social).

Un día a la semana acuden técnicos de los Servicios Sociales Comunitarios que llevan dos programas propios: Ayuda a Domicilio y Convivencia y Reinserción.

La Trabajadora Social Municipal desenvuelve su actuación en tareas pertenecientes a dos Servicios (de los que marca la Ley):

- Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento.
- Servicio de Convivencia y Reinserción.

Existen canales de derivación y coordinación con los programas de los Servicios Sociales Comunitarios.

Las demandas mayoritarias que se reciben, agrupadas según la clasificación de D'adala y Gallione, son las siguientes:

A) Informativas: Se solicita información sobre pensiones y recursos o prestaciones sociales. Constituyen la mayoría de las demandas recibidas.

B) Asistenciales: Se pide ayuda para superar las consecuencias de un malestar o de un problema fundamentalmente material (trabajo, vivienda...).

Si exceptuamos, de este último grupo, las solicitudes de viviendas, que tienen unas características concretas, el resto, dentro de su gran variedad, posee los siguientes rasgos comunes:

- Cronicidad: Se pueden suponer relaciones disfuncionales en el seno de las familias y en las establecidas con los Servicios.
- No reconocimiento de la existencia de problemas distintos de los económicos.
- Repetición de las demandas sobre el mismo o diversos temas.
- Apariencia de disposición al cambio.

C) Asesoramiento: Es una solicitud libre y autónoma ante una problemática. Resulta más evidente el afán de colaboración.

En general se caracterizan, porque la petición no siempre coincide con la demanda real o prioritaria. Así, pueden pedir una ayuda económica o recurso ante una situación disfuncional de la pareja.

La intervención profesional puede hacer pasar la demanda de un grupo a otro.

ANALISIS DE LA SITUACION

Como se describió en la introducción, existía una gran insatisfacción por el trabajo que se venía realizando, la cual obedecía a los siguientes motivos:

- Excesivo trabajo de información, orientación y gestión, que producía mucha tarea burocrática. No tenía conciencia de hacer una labor técnica, ya que cualquier persona más o menos adiestrada podría realizarla.

- La trayectoria laboral había revestido a la profesional de omnipotencia y excesiva responsabilidad que le suponían un importante malestar y desánimo.

- Las familias "multiproblemáticas" que reclamaban asistencia, familias "cronificadas" que repetían sus peticiones año tras año, sin ningún cambio significativo, invadían el servicio. Habían captado y aprendido el engranaje de la institución e imponían sus reglas al mismo.

- La dirección política pretendía que se actuara en muchos ámbitos, lo cual implicaba la creación de nuevos programas, pero sin dotar a los Servicios Sociales de mayores recursos personales y/o materiales.

- Una ventaja de esta institución es que posee unos límites permeables, por lo que admite reformas importantes, como las realizadas en el sistema de ayudas económicas. Estas, que, tradicionalmente, habían consistido en pagar a los usuarios los recibos de agua, luz..., o en darles vales de comida, se transformaron en el ofrecimiento de jornadas laborales (contratos o días sueltos), para que hicieran frente a los problemas económicos más acuciantes.

Dicho sistema suponía un esfuerzo de colaboración del personal encargado del tema laboral en el Ayuntamiento, que se logró sin demasiadas resistencias.

- También los usuarios aprendieron esta organización, colándose entre los entresijos de la misma. Se había producido un nuevo equilibrio para mantener la homeostasis del sistema.

DESCRIPCION DE LOS CAMBIOS MAS SIGNIFICATIVOS PRODUCIDOS EN LA APLICACION DE ESTE ENFOQUE

- Lectura atenta de la demanda presentada, teniendo en cuenta la que va implícita, ya que la solicitud planteada puede no ser la más importante o prioritaria (lectura relacional).

- Definición precisa del tipo de petición (información, asesoramiento..), definiendo, también más claramente, la relación profesional- usuario.

- Utilización de la prestación como un apoyo para lograr objetivos de cambio y no como fin de la intervención.

- Eliminación de la creencia de que los Servicios Sociales son un "cajón de recursos". Se considera como recursos más importantes al individuo, a la familia y al propio profesional.

- Desmitificación de la imagen del técnico, presentándola al usuario sin ese halo de poder que éste espera para que solucione sus problemas. Esta respuesta activa, moviliza al demandante.

- Establecimiento de un horario de atención al público, mediante cita previa. Esta reforma permite una mejor organización del trabajo y una mayor calidad de la atención. Con dicha medida, se pretende, también, no atender de manera inmediata la urgencia que trae la persona.

Se realizan excepciones cuando la urgencia viene expresada con mucha angustia. El objetivo de esta intervención (que suele ser breve), es desangustiar a la persona.

Con la anterior y otras normas establecidas en el sistema de ayudas económicas-trabajo, se tiende a que sea la institución quien dicte sus reglas y no el usuario-familia.

- Aunque es un arduo trabajo, se está consiguiendo cohesión y firmeza en la tarea de hacer cumplir las normas del Servicio y los acuerdos que se toman en cada caso (sobre todo con familias multiproblemáticas).

En este esfuerzo están implicados los políticos, los compañeros que llevan el tema laboral, etc...

- Tanto en el trabajo con el usuario-familia, como en la organización de la institución, se procura tener presente los juegos de poder existentes, evitando así que miembros prestigiosos del sistema invaliden la actuación profesional.

- Se ha establecido una relación positiva con derivantes de otros Servicios, manteniéndolos informados de la intervención efectuada.

Sería necesario profundizar en esta tarea de coordinación y ampliarla a otros sectores con los cuales la relación es más problemática.

- A modo de conclusión, hay que destacar que se ha establecido una línea definida de actuación.

NECESIDADES

Dejaré a un lado la necesidad de disponer de mayores recursos profesionales que permitan abarcar otros campos de la problemática social, que sería objeto de una respuesta institucional.

Señalar que, para avanzar en el trabajo iniciado, es imprescindible contar con una supervisión que haga posible el proceso de acompañamiento y apoyo del profesional.

En la misma línea enunciada, es preciso destacar, la importancia de continuar con la formación técnica y con la toma de contacto con otros profesionales, con el fin de contrastar experiencias.

DIFICULTADES

Al tratarse de Servicios Sociales Generales, donde se recibe toda la problemática social del municipio, hay gran diversidad de temas. La tendencia de esta institución a querer dar respuesta a todas las demandas, además de la realización de nuevos programas, la coordinación con otros Servicios, etc.. con los escasos recursos que posee, supone un fuerte nivel de stress.

En determinadas épocas, es tal el cúmulo de trabajo, que no permite espacios de reflexión, programación, documentación...

Será una tarea del profesional seguir luchando y aportando ideas contra estas dificultades.

SIDA: COHERENCIA EN EL SISTEMA

Víctor Manuel Sánchez Díaz.

Psicólogo y Psicoterapeuta.

Centro Comarcal de Drogodependencias de Algeciras (Cádiz)

Comité Ciudadano Antisida del Campo de Gibraltar.

Cuando comparto el trabajo de otros psicólogos, no puedo menos que envidiarlos, porque lo hacen con individuos y/o familias que en general responden suficientemente a sus intervenciones. O al menos a ellos les queda el convencimiento de haber hecho lo apropiado, ya que la desaparición de la demanda-problema les puede hacer pensar en la resolución del conflicto.

Los que trabajamos en Drogodependencias padecemos, con frecuencia, el síndrome de la duda metódica o incluso caótica porque, a veces, no sabemos siquiera de lo que dudamos, dada la reiterada aparición de pacientes con la recidiva del síntoma.

En la configuración de una drogodependencia, como sabeis, convergen toda una constelación de variables patologizantes que hacen muy difícil el cambio. El drogadicto está afectado por lo no vivido, lo no pensado, lo no dicho y lo no recibido. Ante la necesidad evolutiva de SER ha desarrollado una identidad que se alimenta de su NO SER y por ello es vivido por su sistema familiar como un virus, algo ajeno de lo que hay que defenderse porque no se asume como propio.

Esta argumentación es extrapolable a la familia del drogodependiente en relación con el sistema social más amplio: es vivida como extraña y por ello se la distancia afectiva y moralmente, proyectándola hacia la marginalidad, porque significa un NO SER para el sistema.

En el abordaje clínico de la drogodependencia, ya sea en el individuo, la familia o la sociedad, observamos el elevado porcentaje de alta resistencia al cambio o nula eficacia de nuestra intervención, dándose estos a la recidiva del síntoma y la cronicidad y agravamiento del cuadro, llegando, tras un penoso proceso a la muerte del sujeto, ya sea el individuo, la familia o la comunidad.

En una proporción menor nos encontramos con la posibilidad de cambio desarrollando un "como si" de aparente consistencia y que persigue la subsistencia del sistema a costa de la elaboración de una nueva sintomatología. Por último, un discreto porcentaje son sujetos que integran el cambio en su discurso llegando a priorizar el sentido de la relación sobre el de pertenencia, a toda costa, al sistema más amplio. Son sujetos que tras haber padecido los avatares de su patología y sufrido años de intervención psicoterapéutica, están ocupados en el convencimiento de su propia moral, más que de estar incluidos en el grupo, sobre todo si viven su moral como ajena; no se sienten ya marginados pero sí minoritarios.

En la población seropositiva podemos hacer el mismo tipo de agrupamientos: la mayoría de los sujetos desarrollan la enfermedad y mueren (60%); un grupo menor (20%) elaboran síntomas o enfermedades oportunistas que responden a los tratamientos; otro 20% permanece asintomáticos. Es curioso observar cómo en este último grupo coexisten sujetos con drogodependencias activas de larga evolución y ajenos a cualquier atención sanitaria (salvo heridas locales), con otros abstinentes a drogas desde hace años y con adecuado uso de la atención sanitaria especializada; toxicomanías muy precoces, de manifestaciones muy rabiosas y seropositivos de la misma antigüedad. Los inmunólogos intentan responder a esto y en entenderlo tienen, ahora, centradas sus expectativas.

Juan, toxicómano y seropositivo de larga evolución, sobrevive en un semáforo donde ha encontrado su medio de vida vendiendo pañuelos de papel. Su esposa ya ha muerto de SIDA y él permanece ahí, imperturbable al clima y al cansancio desde la mañana a la tarde. Me pregunto ¿cómo es que no ha desarrollado la enfermedad teniendo en cuenta el tiempo que lleva en ella, y el desgaste al que se somete tanto por consumo como por "trabajo"? Quizás fue coherente en su decisión de ceder a sus cinco hijos a los Servicios Sociales Municipales, bien porque no los quería, bien porque fue consecuente con su decisión de no hacerles padecer su opción de vida. Quizás su mujer sí se sintió culpable y su no decisión aceleró su debilitamiento.

Toñi, toxicómana y seropositiva de larga evolución que ejerció la prostitución durante muchos años y que lleva cinco años abstinentemente y casada con otro extoxicómano, renunció afectivamente a su familia de origen porque nunca se había sentido querida por ellos y mucho menos lo esperaba en su condición actual de infectada. Consiguió establecer con su familia unas relaciones discretas, ausentes de rencor y con su pareja un contrato sincero y eficaz. ¿Es quizás la coherencia apreciable en los distintos sistemas analizados lo que la mantiene asintomática y feliz, si me permiten decirlo así?.

Así que tenemos un sistema linfocitario que al quedar infectado por el VIH, establece un discurso al resto del organismo de debilitamiento, más rápido cuanto menor sea la capacidad comunicacional de los anticuerpos, o, en contraste, cuanto mayor sea la promiscuidad de los linfocitos con el virus. Si este sistema linfocitario pertenece a un individuo inmerso en un discurso incoherente con su vida, es de esperar una rápida evolución del SIDA. Si además esta persona está sujeta a un sistema relacional próximo (familiar o grupal) disfuncional y rígido para superar sus contradicciones, pues aumenta la coherencia de la infección, o sea, el debilitamiento gradual de todo el organismo. Y por último, si este sistema microsocioal, está inevitablemente asociado a otro macrosocioal de parecidas respuestas patológicas a la necesidad de cambio, pues completamos el círculo con la perfecta cuadratura de la enfermedad.

Si he entendido bien al profesor Francisco J. Varela, (y si no pido disculpas) del Centro de Epistemología Aplicada de París, en su conferencia de Noviembre del 91 en las XII Jornadas de Terapia Familiar, celebradas en Sevilla, dijo: Los linfocitos si no 'tocan', si están en soledad, por decirlo así, se mueren; así mismo los más promiscuos, también. Sólo sobreviven los que están en armonía con los demás (son selectivos) y consigo mismos (individuación).

De estas Jornadas y de su ponencia *"El cuerpo evocador: una relectura de la inmunidad"*, extraigo un párrafo que nos puede acercar a la idea de la importancia del contexto, inmunológico, somático o social, en el devenir del comportamiento del VIH: *"La etapa siguiente de nuestro análisis consiste en abandonar la noción de sistema inmunitario como instrumento de defensa destinado a responder a los acontecimientos externos, y concebirlo en términos de afirmación del sí-mismo, estableciendo una **identidad del cuerpo** en el conjunto del entorno somático, por la especificación y el mantenimiento de los componentes moleculares. Es a este nivel que el sistema inmunitario*

adquiere toda su dignidad y toma su lugar en la investigación actual acerca de las redes biológicas cognitivas. En estas redes la riqueza de las interconexiones genera los niveles internos por los procesos distribuidos. Más precisamente, la dinámica de los encuentros entre anticuerpos y células regula el número de linfocitos y los niveles de perfiles moleculares en circulación. Esta idea es análoga a la red de las especies, que confiere una identidad a los ecosistemas en el interior de su entorno. Lo interesante aquí es que una ecología tal de linfocitos modifica el cuerpo en el interior del cual existe, cuerpo que, al mismo tiempo, la determina.

La danza mutua entre el sistema inmunitario y el cuerpo es la clave del punto de vista propuesto aquí, ya que es esta danza mutua la que permite al cuerpo poseer una identidad cambiante y plástica a lo largo de toda su existencia y de sus múltiples interacciones. El establecimiento de la identidad del sistema es una empresa positiva y creativa, en lugar de ser una reacción contra los antígenos. El trabajo consiste en precisar la identidad, aquí se considera primario, lógica y biológicamente; la historia antigénica (ontogénica) modula el conjunto secundariamente.

.... se trata de aprender a considerar esta red como el artesano de una identidad molecular, es decir, de verlo como un **sistema inmunitario autónomo**. El acento está puesto, pues, sobre la fabricación de un sí-mismo autónomo, en lugar de estar sobre la heteronomía y la exterioridad". (Del artículo: "La red inmunitaria como afirmación del sí-mismo").

En definitiva, hoy no se entiende el sistema linfocitario en términos bélicos (defensa y ataque), sino en los de capacidad de comunicación. El virus entra en contacto con el linfocito y éste recibe esa información, y crea una imagen de dicho virus o anticuerpo; a su vez éste se comunica con otro linfocito que crea una imagen de la información recibida y así la cadena comunicativa consigue que ese virus sólo sea un leve acontecimiento en la red comunicacional del sistema. Si entendemos el anticuerpo como la capacidad del organismo de responder a la información del virus, podemos analizarla en función de la calidad (adecuación comunicacional) y de la intensidad (fuerza comunicacional).

De aquí que una respuesta antiviral débil y/o inadecuada favorece un proceso de inmunodepresión; por el contrario, una respuesta fuerte y/o coherente mantiene debilitada la acción del virus. Son, por otro lado, las situaciones características de un diagnóstico tardío y de uno precoz, respectivamente.

En la mediocridad de nuestra práctica terapéutica, distante de la lucidez de nuestros libros y maestros, en un alto porcentaje de casos sólo conseguimos intoxicar el sistema y provocar la rápida aparición de resistencias. El fenómeno SIDA es un reto para cualquier sistema, ya sea inmunológico, sanitario o social, sin descartar el terapéutico, porque las alteraciones que el VIH provoca en ellos, o sea en nosotros, requiere un cambio de actitud que no permite el mantenimiento de las contradicciones ni la supervivencia de elaboraciones defensivas hasta ahora consideradas como suficientes. El SIDA es un problema global y requiere una respuesta ecosistémica en términos de coordinación, trabajo centrado en las personas,

comunicación, horizontalidad, estrecha relación entre atención especializada y primaria, diagnóstico precoz, educación sanitaria preventiva,...etc.

La aparición del SIDA asociado a grupos y conductas marginales o "moralmente rechazables" ha teñido esta enfermedad como estigma social, al igual que ocurrió con la explosión demográfica de los diagnósticos de cáncer, solo que con una tremenda carga de culpabilidad ante el hecho del contagio. Es de suponer que la evolución de la epidemia hacia la población general acabe con esta situación y provoque la necesaria y terapéutica crisis de valores y actitudes y es de esperar que se resuelva en la dirección de la coherencia.

Esta sociedad, qué duda cabe, va cambiando y mucho, pero el tipo de cambio al que me refiero, siempre ha costado un esfuerzo inhumano, contabilizado en víctimas, o lo que es lo mismo, en basura residual, ya sea transformada en residuos tóxicos, cáncer, paciente identificado o grupo marginal, según nos situemos en el sistema de producción industrial, en la actuación del deseo de un individuo, en la rigidez homeostática de una familia o en la inflexible moral de la sociedad.

Cuando la voracidad comunicacional del virus del SIDA es más intensa que la energía de nuestra intervención terapéutica, el organismo está perdido y nuestra intervención habrá sido inútil. Por ello, en el abordaje sistémico de un seropositivo o enfermo del SIDA es necesario calibrar diagnósticamente la rigidez al cambio, la energía afectiva necesaria para provocarlo, nuestra capacidad para soportar dicho compromiso terapéutico, junto al tiempo probable a emplear en todo ello. En palabras de todos los días, no podemos esperar que nuestra respuesta terapéutica, pobres psicólogos del montón, consiga en tiempo y eficacia, frenar la rabiosa voracidad del VIH y desbloquear la rigidez comunicacional de sus portadores (individuos, familias o comunidad) al menos en el tipo de sujetos al que me refiero. Entiendo que tiene más posibilidades permitir que el individuo se retroalimente en otro sistema de relaciones afectivo-comunicacionales alternativo a la familia, desde donde poder elaborar respuestas más adecuadas a la vivencia de esa realidad en conflicto consigo mismo, en términos de eficacia e intensidad; o sea, de coherencia afectiva.

Una vez conseguido esto, quizás la capacidad comunicacional del individuo pueda provocar suficientemente a su sistema familiar. Este método está suficientemente experimentado en el trabajo con drogodependientes en régimen de internamiento en Centros de Rehabilitación. El paciente opta por una renuncia provisional de la familia, se inserta en un sistema de comunicación distinto (y renovador) y establece un nuevo diálogo en el sistema familiar. Las familias que se resisten a este cambio fomentan la reelaboración del síntoma en el paciente identificado, o someten al paciente a un franco y continuo rechazo, pero las que desbloquean su homeostasis, se abren a una felicidad que se aprecia en todos los elementos y en todas las direcciones relacionales de dicho sistema.

Dado el perfil intensamente patológico de las familias drogodependientes que asisten a mi Centro, no he tenido la oportunidad de presenciar ningún cambio suficiente en familiares de pacientes

seropositivos y/o enfermos. Pero sí he podido valorar el efecto de la **renuncia**, o sea, de la aceptación, por parte del paciente, del no cambio familiar y por tanto, la renuncia a dicha expectativa, con la consecuente activación de la búsqueda de referencias relacionales en otros grupos humanos. Como la mayoría de nosotros no poseemos suficiente experiencia y preparación profesional para asumir dicho compromiso terapéutico y como la rigidez y patología de las familias de seropositivos de origen drogodependiente, son intensas, quizás convendría, para ser realistas, valorar exhaustivamente las posibilidades que ofrece la vía de la renuncia afectiva al sistema familiar de origen y la elaboración de relaciones en un grupo renovador, para conseguir la dinámica coherencia necesaria para alargar la expectativa de vida de estos enfermos. Creo que hay que ser más atrevidos con el diagnóstico.

En este sentido hay algunas experiencias, muy pocas la verdad, pero con muy buenos resultados. El clima afectivo y el modo relacional que se consiguen en las Casas de Acogida de enfermos de SIDA, permite recuperar a enfermos al estatus de portador asintomático y que en cualquier otra medida asistencial, hospitalaria, ambulatoria o domiciliaria, ya estarían muertos o irrecuperables.

En la Casa de Acogida "Hogar Marillac" de la Línea de la Concepción, he conocido personas que ingresaron en estado límite y que hoy se encuentran recuperados. La coherente entrega de las personas que allí colaboran ha debido de contribuir a ello. Con mucha lucidez comentan que no pueden volver con sus familias, porque dicen, literalmente, "empezaría otra vez a morirme". Se encuentran ahora en la encrucijada de estar ocupando una plaza que necesitan otros y sin saber a donde ir. El diseño de dichas alternativas es sobradamente conocido: casas de acogida, pisos protegidos, centros de día, centros rurales, familias adoptivas, etc...

No sería coherente si estuviera esperando una respuesta política a esta necesidad y menos aún en España y menos en Andalucía. De este sistema mejor no esperar un cambio (no temais al diagnóstico), a la luz de las estadísticas epidemiológicas que nos sitúan como el tercer país del mundo, en el que aún no ha frenado la propagación de la epidemia en Europa y en el que el desarrollo de la enfermedad adquiere un récord de velocidad. Pero sí intento ser coherente dirigiéndome a vosotros, profesionales del análisis de la comunicación y del cambio, para que ahondeis en esta alternativa y de encontrarla razonable, la defendais como creais oportuno.

De todas formas, aunque este sistema se siga resistiendo a las necesidades de cambio a tono con la gravedad del problema del SIDA, quiero analizar ciertos elementos que nos permitan entender cómo traducir nuestra intervención en la comunidad.

Para ello me serviré de un simple, pero útil, gráfico tomado de la revista SIDAPRESS, del artículo: "*Las bases de una política racional contra el SIDA: un análisis comparativo a escala internacional*", del profesor Bob Sutcliffe, especialista en problemática económica internacional y profesor asociado de la U.P.V./E.H.V. (ver Tabla 1.).

La pandemia de SIDA desde el año 80, la podemos analizar en dos vertientes:

..Una vez infectado el sujeto va a depender de que se consigan fármacos adecuados para curar y/o prolongar la vida de los enfermos; esto está en manos de las multinacionales farmacéuticas que, obviamente, están regidas por los beneficios y no por ética social; por otro lado aliviar la incidencia de la enfermedad dependerá de la Salud Pública y la asistencia que puede prestar se verá limitada por las siempre crónicas limitaciones presupuestarias, y por el trato social recibido que dista mucho, hoy en día, de ser aliviador.

..Antes de la infección nos centraríamos en la Prevención de la misma y ahí cabe esperar se consiga una vacuna con lo que volvemos a la industria farmacéutica, sin olvidar los esfuerzos de los Institutos Oficiales de los distintos Estados. La Prevención también puede perseguir frenar el contagio a través de análisis de las transfusiones (gasto público que ciertos países no se pueden permitir); jeringuillas desechables de un sólo uso ante lo que incide el rechazo social a facilitarlas a los drogodependientes por el gasto público y por estar más empeñada en la represión del fenómeno; y sexo seguro y/o protegido ante lo que inciden multitud de elementos que tienen que ver con el sesgo en la divulgación de los prejuicios sociales y de la discriminación de la mujer, o en la oportunidad sobre los métodos de control en los que la educación de la mujer y la precariedad económica de ciertos grupos sociales y/o países son decisivos en cuanto a su disponibilidad.

Con esto quedan claros los elementos que inciden en la pandemia y el análisis de los mismos nos permite apreciar la dificultad de hacer eficaz una intervención comunitaria, porque el esfuerzo de coordinación y educación, más que económico, parece ser excesivo para este sistema social. En Occidente se está consiguiendo frenar la epidemia según los últimos estudios. Claro que en el 92 la estimación de la OMS para el año 2.000, era de 30/40 millones de seropositivos en el mundo, y en el 94 la misma fuente estima en 200 millones dicha población para el fin de siglo. Si en sólo dos años el error de cálculo es del 500 % , pues háganse la idea del descontrol y la progresión que la pandemia cursa en los países del Tercer Mundo.

A modo de conclusión, diré que la acción de la epidemia sigue siendo más intensa que nuestra capacidad real de respuesta (o de coherencia); que dada la lentitud o ineficacia de nuestra respuesta terapéutica y la resistencia al cambio de los distintos sistemas: social, familiar e inmunológico, hemos de centrar nuestros esfuerzos en el individuo y en la creación de sistemas alternativos de relación afectiva; y que, como muy bien sabemos, el SIDA es un problema que nos afecta a todos, luego ¿has encontrado tu respuesta adecuada?.

ELEMENTOS DE UNA POLÍTICA ANTISIDA
PANDEMIA SIDA (1.980-?).

(después infección VIH):

.... curar *
.... prolongar *
.... aliviar ... Tto. médico +
 ... Tto. social //

(prevención):

.... Vacuna *
.... Frenar infección;
 ... Transfusiones +
 ... Infecciones..medicina +
 ..droga //
 ... sexo seguro..conocimiento
 ..divulgación .publicidad //
 .medios comunic.
//
 .escuelas // &
 .ONGS //
 ..motivación
 ..oportunidad .control &
 .disponibilidad \$
&
 .costes \$
* == dependen sobre todo de las multinacionales farmacéuticas
// == gran influencia de los prejuicios sociales y/o morales.
+ == dependen de la Sanidad Pública.
& == inciden especialmente en la educación de la mujer.
\$ == dependen de los recursos económicos.

Tabla. 1

DEL INDIVIDUO A LA FAMILIA

***Pilar Lillo Carboneras.
Psicóloga y Psicoterapeuta Familiar.
Comunidad Terapéutica para la Desintoxicación y
Rehabilitación de Toxicomanías "GIRASOL". Arcos de la
Frontera (Cádiz).***

Primeramente quiero hacer una breve presentación del servicio en el que trabajo, con el objeto de facilitar la comprensión de nuestras actividades.

Presto mis servicios en la Fundación Girasol, que se dedica a la desintoxicación y rehabilitación de personas con problemas de toxicomanías. Es una Fundación Benéfico-asistencial, de carácter privado, que cuenta con un 80% de plazas subvencionadas por distintos estamentos sociales, que se encuentra situada en Arcos de la Frontera, Cádiz. Los pacientes que recibimos vienen de toda la geografía española. Y estamos acreditados como Comunidad Terapéutica de profesionales. Nuestra actividad cumple en diciembre de 1994, el décimo aniversario desde que fue creada. Y nuestro enfoque teórico básicamente es el Sistémico-Relacional.

Una de las características de nuestro contexto, es que el 80% de los casos que nos llegan, vienen derivados de otros equipos de profesionales, es decir no somos los primeros receptores de la demanda de tratamiento, salvo en los casos de usuarios privados, en cuyo caso la petición es analizada por nuestro equipo. Esta circunstancia en ocasiones complica el abordaje, debido a los diferentes enfoques de los servicios que atienden las demandas, así como la distancia geográfica que a veces dificulta la asistencia necesaria, a las sesiones familiares por parte de los familiares.

El proceso en líneas generales sería el siguiente; a Girasol nos llega un individuo con una indicación de tratamiento en régimen de internamiento, que en la mayoría de los casos incluye desintoxicación. Desde el primer momento solicitamos que el paciente venga acompañado de sus familiares o personas responsables, a quienes incluimos en el tratamiento participando activamente desde el inicio. El hecho de que soliciten asistencia para un individuo, no significa en absoluto que obviemos el contexto familiar, el cual es tan protagonista como el mismo paciente designado durante todo el proceso. En el momento del recibimiento en la Comunidad Terapéutica (C.T.), después de terminada la desintoxicación física, realizamos una entrevista con toda la familia, con el objeto de recoger información, sobre cuál es el problema, cómo es vivido por cada uno de los integrantes de la familia, las soluciones que han intentado, etc... En este momento se les explica la dinámica de trabajo del centro y lo que el tratamiento va a requerir de ellos. Una vez informados, el paciente identificado (p.i.) solicita la ayuda de sus padres, su esfuerzo y su acompañamiento en el tratamiento que van a comenzar, y en el que todos están involucrados.

Durante un periodo de tiempo variable, según la propuesta individual de tratamiento, el p.i. se centra fundamentalmente en la vida comunitaria, teniendo contacto con la familia únicamente a través del correo. El propósito es que la persona se centre en su situación y se disperse lo menos posible con interferencias de otra naturaleza. La estructura de la C.T., ofrece un universo reducido de los sistemas familiares, sociales, laborales, etc., que permite que la persona reproduzca sus conflictos, permitiéndonos observar la actuación de sus patologías, y actuar sobre ellas. Al mismo tiempo el individuo nos va facilitando más información sobre el estilo de comunicación familiar, sus reglas, roles.... y cómo él se sitúa en esta organización.

Paralelamente las familias en esta primera etapa, donde el contacto con el p.i. es reducido y supervisado por los profesionales, asisten a entrevistas en los centros de referencia desde donde fueron derivados, o bien a grupos multifamiliares, con el objetivo de hacer un seguimiento del sistema, que se ha tenido que organizar de nuevo sin la presencia del miembro sintomático en la casa; cómo se ha organizado, qué conflictos aparecen, aparición de otro síntoma, necesidad en la casa de que se interrumpa el tratamiento de C.T., para que regrese el miembro problema y se restablezca el equilibrio, etc.

Todos estos datos nos permiten hacer el diagnóstico del tipo de toxicomanía, basándonos en el modelo del Dr. Luigi Cancrini, hacer un pronóstico y diseñar un modelo de intervención individual y familiar.

Hasta este momento del proceso terapéutico en la C.T., el principal protagonista era el individuo, la persona ingresada, pasando a compartir el primer plano en una segunda etapa (seguimos hablando del contexto de C.T.) con la familia, que adquiere un papel más activo en el proceso, debido a que el p.i., inicia junto a su familia una propuesta de salidas (de tiempo variable) a la casa, con prescripciones y tareas concretas, basadas en las hipótesis diagnósticas, elaboradas a partir de los movimientos individuales del p.i. en el centro, de la familia y su historia, y que posteriormente se revisan en sesiones familiares regulares.

Una vez acabada la propuesta de estancia en C.T., el p.i. y su familia, continúan el proceso terapéutico en su centro de origen, o bien en nuestro centro ambulatorio si son usuarios privados, realizando en todos los casos terapia familiar, complementándose en ocasiones con otro tipo de intervenciones, individuales y/o de grupo.

Creo, a propósito del título de la comunicación, *Del individuo a la Familia*, que es interesante reflexionar cómo una C.T., por la estructura específica que presenta, favorece lo que Bowen propone en su estudio sobre *La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. El paciente, durante su estancia reflexiona sobre lo que ocurre dentro de sus relaciones significativas básicas en la familia y en lo que posteriormente distorsiona su capacidad de establecer o mantener relaciones íntimas significativas, lo que le impide desarrollar su proceso de autonomía, etc. Por medio de la familia de la C.T., el individuo establece una relación similar a la que establece con su familia de origen. Desde la terapia se favorece un proceso de reencuentro con la individualidad, que Bowen dice está sepultada en la masa unicelular, para favorecer un proceso de valoración del sí mismo real en las relaciones con los demás, que le permita que estas se puedan transformar en una relación de

autenticidad, independencia y responsabilidad y que se consigue a través de un tipo de intervención orientada a ayudar a los individuos a diferenciarse a sí mismos de la MASA FAMILIAR. Sin obviar en ningún caso que para conseguir este propósito, el enfoque individual, desenfocaría el auténtico problema e impediría la eficacia de la intervención, y citando a L. Cancrini: *"la terapia debe ser entendida como la búsqueda de respuestas adecuadas a las exigencias reales de los miembros de un grupo en dificultades"*.

"...CUANDO ADEMÁS DE SER DROGODEPENDIENTE SE ESTÁ PRESO".

Francisco Alfonso Rodríguez.

Psicólogo.

Programa de Apoyo a Instituciones Penitenciarias.

Centro Provincial de Drogodependencias. Huelva.

La siguiente comunicación pretende aportar algunos elementos de reflexión sobre la posible intervención desde el enfoque relacional-sistémico en la problemática de las toxicomanías desde un Equipo de Apoyo a Instituciones Penitenciarias en un contexto muy concreto, la Prisión Provincial de Huelva.

Múltiples son las aportaciones desde el enfoque sistémico al ámbito de las drogodependencias como línea de trabajo en la evaluación diagnóstica y en los intentos de solución de los problemas que se plantean a la persona toxicómana y a su entorno.

En los Estados Unidos, desde que Salvador Minuchin puso en práctica (y relató en *"Families of the Slums"*, incomprensiblemente aún no traducido al castellano) su experiencia enfrentando situaciones desesperadas y dramáticas a través de una implicación sistémica de las familias, comenzó a confirmarse una visión nueva del síntoma drogodependencia, de suerte que la bibliografía sobre terapia familiar, desde Haley hasta Stanton & Todd (*"Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas"*. Gedisa), está jalonada de múltiples referencias sobre intervenciones sistémicas en el tratamiento de las drogodependencias.

En Europa, Luigi Cancrini y col. en 1973 describen los resultados de una amplia investigación en que la hipótesis fundamental era la de una conexión significativa entre el consumo de drogas y las dinámicas familiares de los drogodependientes. En *"Los temerarios en sus máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos"* (Nueva Visión. Buenos Aires.1991), se describe la eficacia de este enfoque y su base teórica y clínica.

Nuestra aproximación al enfoque relacional- sistémico en sus principales formulaciones teóricas y clínicas aplicables al trabajo con personas toxicómanas surge en 1987 y se han desarrollado mediante seminarios teóricos y clínicos, así como supervisión directa e indirecta de casos clínicos con el Equipo didáctico del Grupo Naven (Maurizio Coletti y Juan Antonio Abeijón, entre otros), nuestra experiencia clínica en el Centro Provincial de Drogodependencias de Huelva, la reflexión bibliográfica y la discusión constante con nuestros compañeros.

Los programas de intervención en drogodependencias en Instituciones Penitenciarias se iniciaron en todas las prisiones andaluzas en 1989 promovidos por el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía, en el marco de los acuerdos entre el Ministerio de Justicia y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Dichos

programas se justificaban en que "más del 55 % de los consumidores de drogas que acudían a los Centros Provinciales de Drogodependencias habían sido detenidos, juzgados o condenados en alguna ocasión, y, a menudo, la recuperación de pacientes en tratamiento se veía interrumpida por su ingreso en prisión, con el consiguiente aumento de desadaptación social".

Cuando hace un año y medio nos tuvimos que hacer cargo del Programa de Apoyo a Instituciones Penitenciarias tuvimos que cambiar muchos de nuestros planteamientos anteriores. De entrada, junto a los libros de la Editorial Paidós Terapia Familiar tuvimos que hacer un hueco en nuestra biblioteca a los de Editorial Civitas. El Código Penal, la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Legislación Penitenciaria, entre otros, tenían que ser otra de nuestras referencias obligatoriamente. Nuestro desconocimiento de este contexto era absoluto y comparable a la ausencia de referencias bibliográficas sobre aplicaciones del enfoque relacional-sistémico en el mismo. No tengo palabras para agradecer suficientemente el puente que nos tendía Jaime Funes con sus aportaciones en diferentes artículos y publicaciones sobre la problemática de las drogodependencias y delincuencia.

Pero, así al menos lo habíamos aprendido, si la óptica relacional-sistémica es en definitiva un modelo interpretativo de la realidad, una clave de lectura, debía proporcionarnos algunas herramientas de comprensión y de intervención en este contexto "no muy terapéutico" en el que nos toca actualmente desarrollar nuestro trabajo.

Trataremos de examinarlas y lo haremos partiendo del análisis de las diferentes demandas que se nos plantean (no puede ser de otra forma si uno pretende ser sistémico). Varias son las bandas a atender en este juego de las demandas. Nos centraremos especialmente en tres: las demandas de la institución judicial, las de la propia institución penitenciaria y las del que "además de ser drogodependiente está en prisión".

Si estamos donde estamos es porque en el transcurso del consumo de drogas los toxicómanos realizan conductas tipificadas como delitos, es decir, actos prohibidos por las leyes penales de una determinada sociedad y de los que tiene conocimiento el juez generalmente a través de las actuaciones policiales.

A veces, el problema que se plantea el juez a la hora de enjuiciar las conductas delictivas es el de la respuesta que debe o puede dar, dentro del marco legislativo, al problema del toxicómano que delinque ya sea en el terreno de los delitos contra la propiedad ya en el terreno del pequeño tráfico o "trapicheo de drogas".

¿QUÉ NOS DEMANDA, ENTONCES, LA INSTANCIA JUDICIAL?

Fundamentalmente dos cuestiones:

De una parte, la ayuda de los profesionales para que le descifremos en lenguaje de derecho los recovecos de la condición humana. En la práctica, el juez nos pide una suerte de diagnóstico de la situación de drogodependencias y un pronóstico que informen sus decisiones en las distintas fases del proceso penal: en la instrucción del proceso,

donde se dirime si mantiene al detenido en prisión preventiva o si le concede la libertad provisional; en el juicio, donde se dirime sobre si el consumo de drogas puede ser considerado como eximente, atenuante, estado condicionante, etc.; y finalmente en la aplicación de la ejecución penal si hubiera lugar, donde lo que plantea es si aplica la remisión condicional, decreta una medida de internamiento en una institución adecuada o si decreta el cumplimiento de la pena privativa de libertad en prisión.

De otra parte, también nos puede demandar "dispositivos" asistenciales a los que pueda recurrir como medida alternativa al ingreso en prisión y que realicen el doble juego de "recuperadora" del sujeto pero también de "contenedora" ante la sociedad.

Con frecuencia, desde los profesionales se tiende a rehuir esta relación con las instancias judiciales ya que no está exenta de dificultades, olvidando que el juez, no solo en nuestro ámbito y ni siquiera en el terreno específico de las drogodependencias, altera para bien o para mal cualquier intervención terapéutica.

Las principales dificultades en la relación entre personal asistencial y la instancia judicial se vinculan principalmente a las diferencias estructurales entre ambos sistemas, así como sus funciones y su radio de acción, de suerte que en el momento que se encuentran los dos sistemas, la instancia judicial se coloca en una posición jerárquica superior y la relación personal asistencial-usuario queda "predefinida" por la decisión del juez.

La relación con la instancia judicial se puede plantear así como un mal inevitable al que hay que resignarse o puede ser una herramienta valiosa y apta para producir procesos de cambio en sujetos con dificultades por el consumo de drogas.

¿QUÉ NOS DEMANDA LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA?

Desde este ámbito se nos demanda que demos respuestas adecuadas a los internos concretos que ingresan o se encuentran en prisión con problemas relacionados con el consumo de drogas.

Esta demanda en apariencia simple, coherente e inocua es en realidad compleja, confusa y no exenta de dificultades si tenemos en cuenta quien la realiza.

No debemos olvidar que a la Institución Penitenciaria nuestro ordenamiento jurídico le exige retener y reinsertar, castigar y curar. Así, si tenemos en cuenta nuestra Constitución, las penas privativas de libertad han de servir para recuperar y reinsertar al individuo. Pero si tenemos en cuenta el Código Penal, máxime lo que la sociedad espera de él, las condenas han de servir para castigar. La Ley General Penitenciaria vuelve a resaltar el papel recuperador, pero su Reglamento y la realidad actual de las prisiones (masificadas y con escasez de personal especializado) acaban con demasiada frecuencia asignando un valor de castigo a las condenas.

Al querer sincronizar o al menos armonizar dos procesos de naturaleza diferente, el proceso penal (de ejecución de la pena privativa de libertad) y el proceso de recuperación o terapéutico (en

el que se nos pide que participemos) estamos haciendo coincidir sistemas cuyos objetivos no tienen por qué ser los mismos, resultando con frecuencia contradictorios.

¿Qué factores del proceso penal y del contexto penitenciario añaden dificultad al ya de por sí difícil e hipotético proceso de recuperación del sujeto condenado que presenta problemas por el consumo de drogas?.

En primer lugar, la motivación por parte del interno, ¿hasta qué punto el tratamiento de la drogodependencia en la ejecución penal no se convierte en un tratamiento obligado?.

¿Cómo situar la conducta del consumo de drogas en el contexto familiar cuando la ejecución penal aísla, suspende y connota esa relación?.

¿Cómo conjugar cualquier proceso terapéutico "normal" (tan rico en matices, amagos, idas y venidas, estrategias, etc.) con la rigidez del proceso penal (clasificaciones, revisiones de grado cada seis meses, posibilidad de permisos una vez extinguido un cuarto de la duración de la condena, partes y sanciones, etc.)?.

¿Cómo abordar el fenómeno de las recaídas o los consumos aislados?. Desde la perspectiva terapéutica la recaída es una posibilidad aceptada que introduce nuevos y valiosos elementos de información en el sistema terapéutico. A nivel penitenciario puede suponer un parte disciplinario y la denegación de futuros permisos de salida.

¿Cómo conjugar el tiempo y duración de la terapia con el tiempo y la duración de la condena?.

Estos son algunos de los interrogantes que se nos plantean constantemente.

Nuestro convencimiento, desde un enfoque sistémico, es que la posible respuesta a estos y otros interrogantes va a depender de la idea que se tenga sobre la naturaleza del problema y de cómo formulemos dichas dificultades. Un desarrollo más detallado y pormenorizado de esta idea pueden encontrarlo en el artículo de Rodolfo Hoyuelos titulado "El terapeuta como parte del problema: Modelos, cadenas, sistemas terapéuticos", publicado en la Monografía nº 1 de la *Revista Comunidad y Drogas*, pero veamos un ejemplo de lo que queremos afirmar. Nos hemos planteado en un momento de esta comunicación hasta qué punto el tratamiento de la drogodependencia en la ejecución penal no se convierte en un tratamiento obligado puntuándolo como una dificultad, pero seríamos unos ingenuos si pensásemos que los usuarios con problemas de drogas que acuden a demandar atención a un servicio ambulatorio lo hacen "libre y voluntariamente" sin que medie ninguna presión personal, familiar o social.

Otro convencimiento es que estas dificultades sólo pueden tener respuesta en el terreno de la colaboración. La idea general es que el conjunto de los profesionales (Equipos de Observación y Tratamiento, Servicio Médico, Equipo de Apoyo a Instituciones Penitenciarias, Educadores, etc.) que intervenimos en el ámbito penitenciario debemos

hacerlo de forma distinta pero dentro de una homogeneidad sustancial. Lo que desde la óptica relacional-sistémica se nos sugiere es la búsqueda de niveles suficientes de comunicación entre los distintos profesionales y servicios que eviten la repetición de errores, que permita la evaluación general de cada caso y en particular de cada fase y los problemas relacionados con ella, que permita la construcción de estrategias terapéuticas que, aunque diversas por su naturaleza, por sus características, por quien las realiza, puedan seguirse dentro de un hilo lógico no heterogéneo.

Todo ello exige una operatividad/flexibilidad de los profesionales y los servicios que, además de la atención al interno, se focalice también en la/s relación/es que se establecen entre sí, y sea capaz y se esté por dar respuesta a los posibles y previsibles problemas de esta relación, problemas de delegación, de descalificación, de jerarquía, etc. que no nos son desconocidos en cualquier relación.

Y finalmente, **¿QUÉ NOS DEMANDA EL QUE ESTA EN PRISIÓN Y, ADEMÁS, TIENE PROBLEMAS DE DROGAS?.**

Pueden imaginárselo fácilmente: "salir de la cárcel"....y "dejar las drogas".

Debajo de esta demanda común y homogeneizante debemos distinguir situaciones diversas, dotadas de su coeficiente específico de gravedad, cubiertas de modo superficial por la toxicomanía y por la ejecución de la pena privativa de libertad, para lo que solemos utilizar como guía la clasificación de las drogodependencias juveniles propuesta por Luigi Crancrini ya que nos ofrece múltiples criterios no solo de diagnóstico sino también de pronóstico.

Coincidimos con Juan Antonio Abeijón en la imposibilidad de realizar un verdadero tratamiento terapéutico en prisión, *"pues la voluntad del interno fija su prioridad en la anhelada libertad más que en la asunción responsable de las fases de todo proceso rehabilitador"*. No por ello abandonamos toda posibilidad asistencial en el centro penitenciario; dedicamos todo nuestro esfuerzo a realizar un trabajo que creemos imprescindible para reforzar una voluntad activa en el interno que permita el éxito de un futuro tratamiento en libertad.

Atender al que *"...además de ser drogodependiente está preso"* supone, en definitiva desde nuestro enfoque, que además de la atención al interno que está privado de libertad pongamos el foco de nuestra intervención en la/s relación/es que la predefinen.

Mi agradecimiento a mi compañera de Equipo, M^a del Mar Vázquez Franco, Trabajadora Social, por compartir aciertos y fracasos, dudas y desvelos.

INTERVENCION PSICOSOCIAL EN FAMILIAS MULTIPROBLEMATICAS

Antonia Guadalupe Girón Regordán
Médico y Psicoterapeuta de Familia.
Equipo de Familia del Centro de Primera Acogida " ABRIL".
Estación de San Roque (Cádiz).

INTRODUCCION

Esta comunicación pretende transmitir un modelo de trabajo que surge de la necesidad imperiosa de contribuir a la restitución del respeto de los derechos de los niños en el marco de su familia, la cultura y la sociedad.

Diariamente observamos casos en los que un sistema humano, como la familia, produce comportamientos antihumanos, como son las situaciones de maltrato y abandono.

La magnitud de los problemas que presentan estas familias, así como la diversidad de ellos, hace que el abordaje de las mismas tenga que ser mucho más amplio, teniendo que buscar fórmulas de coordinación con los sistemas e instituciones que tienen la misión de asegurar los derechos de todos.

A la familia que necesita una intervención de protección de los menores, se le puede definir como una '**familia en crisis**', en la que el juego familiar en marcha no permite el cumplimiento de sus funciones específicas y fundamentales: el cuidado y la educación de los hijos. Este tipo de familias no formula, por lo general, ninguna petición de ayuda. Aunque pueden parecer muy patológicos, sólo reconocerán las carencias materiales y sostendrán que estas carencias son las únicas responsables del malestar con que viven.

Para algunas familias el maltrato está íntimamente ligado a su modo de relación y depende de la historia vivida por sus miembros, así como de las condiciones de vida de la familia.

Se trata de ayudar a la familia que sufre este problema a que cambie el modo de comunicación que existe entre sus miembros, para hacer posible el pleno desarrollo de todos ellos. Paralelamente al trabajo con la familia, es imprescindible influir en el entorno social y cultural, posibilitando la solución de los problemas materiales y medios complementarios para el niño.

CONTEXTO

El Centro ABRIL, es un recurso que nace el 4 de Mayo de 1992, respondiendo a las necesidades de la Comarca del Campo de Gibraltar. En esa fecha se firma un convenio con la Delegación Provincial de Cádiz, de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Se conforma como un centro auxiliar colaborador, en materia de

protección de menores, reuniendo los requisitos que la Ley exige para tal fin.

El Centro pertenece a la asociación 'Coordinadora para la Prevención de las Drogodependencias ABRIL'.

La creación de un programa de atención a menores en carencia y dificultades sociales, es lo que posibilita la apertura del recurso. Atiende a menores, de 0 a 17 años de edad, que se encuentran en una situación de ALTO RIESGO SOCIAL.

Los ingresos en el Centro pueden hacerse por autorización expresa de la entidad pública o por orden judicial.

El objetivo fundamental del Centro, aparte de la acogida, consiste en el estudio detenido del caso hasta llegar a un diagnóstico que procure ofertar una alternativa para el menor. La propuesta puede ir encaminada hacia el retorno a la familia de origen, acogimiento con familia extensa o colateral, acogimiento en familia sustituta o hacia el internamiento en otro recurso adecuado a las características del menor (esta última, en el supuesto de que no fueran viables las anteriores).

Para el desarrollo y consecución de dicho objetivo, es de especial relevancia concentrar la tarea en dos procesos interdependientes:

- Estudio individual del menor acogido, y
- Estudio/análisis de su contexto sociocultural, ecológico y familiar.

MODELO TEORICO

Consideramos que las manifestaciones de desatención, abandono, maltrato físico y/o psíquico, son síntomas de una patología que afecta al funcionamiento global de la familia. Conocer el juego familiar es fundamental para poder intervenir. El concepto de juego familiar lo utilizamos para describir el mundo donde las relaciones entre todos los miembros de la familia están organizadas y se desenvuelven en el tiempo. Permite integrar el nivel individual con el supraindividual, representado, tanto por el funcionamiento familiar, como social.

El juego familiar es la clave que nos llevará a elaborar el diagnóstico, así como intervenciones idóneas en las diversas fases del proceso.

La dificultad mayor con la que nos encontramos es la de ser una terapia impuesta, donde es difícil relacionar la intervención de ayuda con la intervención de control. La integración entre terapia y control resulta el requisito indispensable para nuestro trabajo; entendemos que se trata de dos funciones complementarias que cooperan para la recuperación, en muchos casos, de la familia que maltrata y sobre todo garantiza los derechos del menor.

EQUIPO DE FAMILIA

Se constituye como tal en Octubre de 1993. Está integrado por cuatro terapeutas: una psicoterapeuta familiar, un psicólogo, una

trabajadora social y el director del centro. Las funciones son las de diagnóstico de la situación y pronóstico sobre la recuperabilidad de la familia que maltrata.

El proceso de intervención tiene por objeto primordial la guía y orientación a los padres del menor, para promover en ellos un cambio en las condiciones y/o situaciones desadaptativas que han dado lugar a la actual situación de internamiento del niño. Este objetivo es llevado a cabo mediante sesiones estructuradas con los miembros familiares y en permanente coordinación con los equipos de atención social (Servicio de Atención al Niño, Servicios Sociales Comunitarios y Equipos Específicos de Atención al Menor). Conforme avanza el proceso de intervención, los datos y resultados obtenidos son analizados en las sesiones de diagnóstico, en las que se estudian y descartan las diferentes alternativas.

En caso de pronóstico positivo, se lleva a cabo un trabajo terapéutico con la familia. Cuando el pronóstico es negativo, en cuanto a la integración del menor en su núcleo familiar, y la alternativa que se propone es acogimiento con familia sustituta, se realiza el trabajo terapéutico de acoplamiento del menor en dicha familia.

Hay casos en los que no se puede trabajar con la familia de los menores ingresados, ya que éstas no acuden a las citas que se les programa. En otros casos, sobre todo en los ingresados por vía judicial, no se realiza intervención familiar, ya que el juez decreta el retorno del menor a su familia, casi de forma inmediata al ingreso del niño en el Centro.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo de los niños ingresados durante el período comprendido entre el 4 de Mayo de 1992 y el 15 de Septiembre de 1994. Se estudiaron las siguientes variables:

- Edad.
- Género.
- Vía de ingreso: judicial o administrativa. Son las dos únicas vías posibles de ingreso en el Centro
- Situación legal del menor en el momento del ingreso: desamparo (privación temporal de la tutela del menor), guarda (cesión voluntaria del los padres del menor, de la guarda y custodia del mismo).
- Procedencia: servicio, institución u organismo que se encarga de retirar al menor o lugar de donde procedía. Se establecieron las siguientes categorías: Servicio de Atención al Niño, Servicios Sociales Comunitarios, Residencia Sanitaria, Fuerzas de Seguridad, Centro de Protección de Menores, Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y otros.
- Causa de ingreso: maltrato físico, maltrato psicológico, derivación de otro Centro de protección, delito contra la salud pública, encarcelamiento de los padres, entrada ilegal en el país, abandono y negligencia.
- Trabajo familiar, considerando las siguientes categorías: no se efectúa trabajo familiar, intervención (trabajo con la familia de forma puntual o discontinua) y terapia (trabajo con la familia de forma continuada).

- Alternativa propuesta por el Centro, considerando las categorías: integración familiar, (integración del menor con su familia después del trabajo terapéutico), acogimiento con familia extensa, acogimiento con familia sustituta, derivación a otro centro de protección de menores, ninguna alternativa, retorno del menor a su familia (vuelta del menor a su familia sin que sea preciso un trabajo terapéutico con la familia), en estudio e integración con uno de los miembros de la pareja.
- Tiempo de estancia en el Centro.
- Patología familiar, se eligió la causa fundamental que provoca la problemática de la familia y se establecieron las siguientes categorías: toxicomanía, psicopatología, maltrato físico, maltrato psicológico, abandono, abuso sexual, prostitución, delincuencia y ninguna patología.

RESULTADOS

Durante el período de funcionamiento del Centro han ingresado 80 menores, 32 (el 40%) en 1992, 31 (el 38,7%) en 1993 y 17 (el 21,3%) hasta el 15 de Septiembre de 1994.

El perfil del menor es el siguiente: niño en el 55% de los casos, con una media de edad de 8,65 años (S.D. 5,6), con un tiempo de estancia media (eliminando los 12 casos que en la actualidad están ingresados) de 95,8 días (S.D. 114,8).

La vía de ingreso es la administrativa en el 66,3% de los casos. En el 82,5% de los casos la situación legal es la de desamparo. El 36,3% son remitidos al Centro por las Fuerzas de Seguridad, el 27,5% proceden del Servicio de Atención al Niño, el 11,3% de los Servicios Sociales Comunitarios y el mismo porcentaje de Residencias Sanitarias.

La causa fundamental que motiva el ingreso es el abandono en el 25% de los casos, el 20% por negligencia, el 11,3% por encarcelamiento de los padres y el 7,5% por maltrato físico; para el resto de las causas los porcentajes son mínimos.

La patología fundamental de las familias de estos menores es en el 36,3% la toxicomanía en los padres, el 26,3% trastornos psicopatológicos, el 11,3% delincuencia y el 8,8% maltrato físico.

Una vez ingresados en el Centro, se efectúa algún tipo de trabajo con familia en el 55% de los casos (21,3% se llevan a cabo intervenciones y en el 33,7% terapia de familia).

Las alternativas que propone el Centro se distribuyen de la siguiente forma: 40,5% derivaciones a otros Centros de Protección de Menores, 28,6% acogimiento con familias sustitutas, 16,7% integración del menor con su familia biológica y 7,2% acogimiento con familia extensa.

CONCLUSIONES

1. A lo largo del tiempo de funcionamiento del Centro, se ha apreciado un cambio en las alternativas propuestas para el menor, existiendo

una disminución en las indicaciones de Derivación a otro Centro de Protección, que pasan del 62,5% en 1992, al 38,4% en 1993, y el 40% en lo que llevamos de año 1994. Por tanto, se aprecia una tendencia a encontrar alternativas que evitan la institucionalización de los menores.

2. Al relacionar la alternativa propuesta para el menor con la edad, destaca el hecho de que las propuestas de derivación a otro Centro de Protección, se llevan a cabo a edades superiores; así, de 34 derivaciones realizadas, 23 de ellas son de niños de ocho o más años, mientras que sólo a once niños menores de ocho años, se le ha propuesto esto. Inversamente ocurre con las propuestas de Integración Familiar, Acogimiento con Familia Extensa, y Acogimiento con Familia Sustituta; éstas son mucho más frecuentes en menores de ocho años (14 de 15 casos), mientras que a partir de esa edad, sólo se ha hecho propuesta de Integración Familiar en una ocasión.
3. De las dos causas más frecuentes de ingreso: Abandono y Negligencia, se ha realizado Trabajo con Familias (Intervención o Terapia) en todos los casos en que la causa de ingreso es Negligencia, logrando evitar la institucionalización de estos menores, proponiéndose para ellos Integración Familiar o Acogimiento con familia sustituta.
En los 20 casos de Abandono, se ha realizado trabajo familiar en 14 de ellos, en 6 no se ha podido hacer, siendo éstos 6 casos los que se han derivado a otro Centro de Protección. Por tanto, para esta causa, el trabajo familiar ha posibilitado, en los 14 casos restantes, la Integración Familiar del menor o el Acogimiento.
4. En cuanto a la Patología Familiar, las más frecuentes: Toxicomanía y Psicopatología (50 casos), se ha realizado trabajo familiar en 34 casos, comprobándose como el trabajo con estas familias posibilita la integración familiar o el acogimiento. En los 16 casos en que no se ha podido realizar dicho trabajo, las alternativas para los menores han ido encaminadas a la derivación del menor a Centro de Protección.
5. De los 80 casos ingresados en el Centro "ABRIL", hemos podido constatar que el estudio del menor ingresado, así como, el trabajo con su familia, ha contribuido a poder lograr en muchos casos, el equilibrio familiar que evitara la situación de riesgo que motivó el ingreso del menor en el Centro. De esta forma, "ABRIL", no se constituye sólo como un Centro de Acogida de menores. Además, es una alternativa terapéutica para familias en crisis.

*Asociación Andaluza de Terapia
Familiar y Sistemas Humanos*



A . A . T . F A . S . H .

NOTICIAS

**ASOCIACION ANDALUZA DE TERAPIA
FAMILIAR Y SISTEMAS HUMANOS
A.A.T.FA.S.H.**

¿Qué es la A.A.T.FA.S.H.?

La ASOCIACION ANDALUZA DE TERAPIA FAMILIAR Y SISTEMAS HUMANOS, está formada por profesionales que provienen de distintas disciplinas (Psicólogos, Médicos, Diplomados en Enfermería, Diplomados en Trabajo Social, Pedagogos, etc...) que desarrollan su labor profesional en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza y cuyo enfoque de intervención se encuadra en la perspectiva sistémica.

Representa, a su vez, el espacio mediante el cual pueden confluir distintos contextos profesionales (Salud, Servicios Sociales, Educación,...), distintas disciplinas (Psicología, Medicina, Sociología, Pedagogía,...) y distintas perspectivas personales. Integrar desde la diversidad a través de encuentros profesionales y seminarios formativos, facilitar las iniciativas desde el enfoque sistémico para la investigación y la difusión en nuestra Comunidad Autónoma y hacer de puente con el resto de asociaciones y federaciones de ámbito nacional e internacional.

Integrada en la FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE TERAPIA FAMILIAR (F.E.A.T.F.) y en espera de ser incluida en la FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PSICOTERAPEUTAS (F.E.A.P.) se encarga de establecer y representar, a los profesionales andaluces, en los diversos foros nacionales respecto a la formación en Psicoterapia Familiar, a la Acreditación de Psicoterapeutas de Familia y a la Acreditación de Docentes de nuestra Comunidad Autónoma, siguiendo las directrices emanadas desde la EUROPEAN FAMILY THERAPY ASSOCIATION (E.F.T.A.) y la EUROPEAN ASSOCIATION PSYCHOTHERAPY (E.A.P.), respecto al status del trabajo en psicoterapia y a los criterios mínimos exigidos para su acreditación.

¿Cómo puedes pertenecer a la A.A.T.FA.S.H.?

Para ser miembro activo de la A.A.T.FA.S.H., sólo hay que remitir a la sede social de la asociación, la siguiente documentación:

1. Escrito dirigido a la A.A.T.FA.S.H. expresando el deseo de pertenecer a ella.
2. Curriculum Vitae, especificando con claridad datos personales, formativos y de experiencia profesional.
3. Ingresar en la cta/cte. nº 1962.8, Su cursal 0104-SE-Cruzcampo, del Banco URQUIJO, el importe de la inscripción (10.000.-ptas) más la anualidad del año en curso (para 1995: 8.000.-ptas).

Para más información:

ASOCIACION ANDALUZA DE TERAPIA FAMILIAR Y SISTEMAS HUMANOS
A/a Nuria Hervás Javega
Avda. Cruz del Campo, 10
41005 - SEVILLA

Tlfn: 95 / 4572926
Fax: 95 / 4577792

INFORMACION SOBRE EL PROCESO Y REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE PSICOTERAPEUTA DE FAMILIA.

Se recogen, en los siguientes párrafos, la información que, derivada de los procesos de creación del estatuto profesional de la Psicoterapia de Familia y su desarrollo, tienen origen en los criterios mínimos exigidos para la acreditación de psicoterapeutas y que fueron establecidos en las reuniones celebradas por las distintas asociaciones de psicoterapia en Europa, y asumidos por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.).

En el apartado de Psicoterapia de Familia, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, en su Sección de Psicoterapia Familiar, adaptó los criterios mínimos exigibles para la acreditación de Psicoterapeuta de Familia. Esto fueron, igualmente, asumidos por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (F.E.A.T.F.), a la que nuestra Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos (A.A.T.F.A.S.H.) pertenece, y suponía la asunción de estos requisitos en los estatutos de las diversas asociaciones miembros.

Por todo ello, el pasado año fueron aprobados en Asamblea General Extraordinaria (Junio, 1994) los nuevos estatutos de la A.A.T.F.A.S.H., que recogen definitivamente estos criterios. En la actualidad la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos puede incluir miembros de tres categorías, a saber:

- a) Miembros activos.
- b) Miembros honorarios.
- c) Miembros acreditados como Psicoterapeutas de Familia.

1 Pasamos a reflejar el artículo 8 de nuestros estatutos, donde se recogen los criterios mínimos para la acreditación, acordes a las indicaciones que las diversas federaciones de ámbito nacional establecieron:

*"Artículo 8.- Serán miembros acreditados como psicoterapeutas de familia, **todo miembro activo** de la Asociación que reúna los requisitos mínimos exigidos para dicha acreditación.*

Serán requisitos mínimos los siguientes:

- a) Poseer una **titulación de rango universitario** para acceder a la formación como psicoterapeuta. La licenciatura en Psicología y la

licenciatura en Medicina y Cirugía son consideradas adecuadas para el acceso a la formación. Los médicos que no hayan cursado la especialidad de Psiquiatría y los psicólogos que en su curriculum no han cursado las materias propias del perfil de especialidad en Psicología Clínica, habrán de cursar un conjunto de materias propias de la salud mental que serán definidas de acuerdo con lo que se establezca de forma conjunta a nivel de la Federación de Asociaciones de Psicoterapeutas de ámbito nacional o, en su defecto, serán definidas por la Junta Rectora y habrán de ser aprobadas por la Asamblea General. Otras titulaciones de primer y segundo ciclo universitario podrán acceder a la formación en psicoterapia mediante los mecanismos de completamiento de curriculum de acuerdo con lo establecido de forma conjunta a nivel de las Federaciones de Asociaciones de Psicoterapia de ámbito nacional, o en su defecto, serán definidas por la Junta Rectora y posteriormente aprobadas por la Asamblea General.

b) Un mínimo de **tres años** a tiempo parcial, en el periodo de postgrado universitario, dedicados a la **formación teórica y clínica en psicoterapia de familia** y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, a través de cursos y seminarios, con un mínimo total de **600 horas**. Incluirá -si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso- al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia.

c) Un mínimo de **dos años de práctica profesional** como psicoterapeuta de familia, debidamente **supervisada**, e iniciada tras al menos un año de formación teórica. La supervisión de la práctica profesional habrá de realizarse con psicoterapeutas expertos acreditados como tales por las respectivas asociaciones de psicoterapeutas. La supervisión se hará, preferentemente, en vivo, bien como coterapeuta, o bien utilizando los medios técnicos necesarios -espejo unidireccional, circuito cerrado de T.V.- con un mínimo de **100 horas**, y se exigirá que cada alumno se haya hecho cargo de al menos **dos casos**.

d) Un mínimo de **seis meses de actividades prácticas** en entornos públicos o privados de Salud Mental, en los cuales el psicoterapeuta en formación pueda tener experiencia directa de la clínica psicopatológica, permitiéndole tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestación de los trastornos mentales, y los diferentes profesionales que intervienen en la Salud Mental.

e) Se considera necesario, que los candidatos a psicoterapeuta realicen durante su formación un trabajo de formación personal. Se recomienda que se incluya, dentro del programa de formación, un espacio de trabajo sobre la Familia de Origen del Terapeuta (F.O.T.).

Apéndice: Se recomienda incluir, dentro de los programas de formación, cursos dirigidos a todos aquellos que no van a ejercer propiamente como psicoterapeutas, pero están interesados en los abordajes propios de la Terapia Familiar".

INFORMACION SOBRE LA ACREDITACION DE DOCENTES EN
PROGRA- MAS DE FORMACION PARA PSICOTERAPIA DE
FAMILIA.

Se pasa a reflejar la información que, al respecto, se nos envió en el BOLETIN INFORMATIVO de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, nº 4 (Octubre 94-Enero 95):

"Bajo la coordinación de Roberto Pereira se celebró una nueva reunión en Vitoria (26.X.94) que contó con la asistencia de 26 representantes de Centros/Grupos/Escuelas de Formación y Asociaciones de T.F. A lo largo de dos horas y media se debatió ampliamente sobre las cuestiones propuestas sometiéndolas a votación la creación de niveles docentes así como, se consensuaron los criterios a exigir en cada nivel, quedando del modo siguiente:

Nivel 1. Colaborador docente:

- a) Estar acreditado como Psicoterapeuta.
- b) Experiencia clínica de cuatro (4) años como mínimo.
- c) Solicitarlo y ser aceptado por alguno de los Centros, Grupos o Escuelas de Formación.

Nivel 2. Docente:

- a) Cuatro (4) años como colaborador docente.
- b) Cuatro (4) años de experiencia clínica como Psicoterapeuta de Familia.
- c) Solicitarlo y ser aceptado como tal por alguno de los Centros, Grupos o Escuelas de Formación.

Nivel 3. Docente Supervisor:

- a) Dos (2) años de experiencia como Docente.
- b) Seis (6) años de experiencia clínica como Psicoterapeuta de Familia.
- c) Solicitarlo y ser aceptado como tal por alguno de los Centros, Grupos o Escuelas de Formación.

El paso siguiente será la formación de una Comisión de Docentes, entre aquellos acreditados como tales por las Asociaciones, comisión que deberá elaborar un proyecto para la Acreditación de Programas de Formación en Terapia Familiar."

1

Por ello, en los pasados meses, se remitió a todos los Psicoterapeutas de Familia Acreditados en nuestra Comunidad Autónoma, por la A.A.T-FA.S.H., una convocatoria al objeto de presentar ante la F.E.A.T.F. la relación de Docentes. Se informará más adelante del curso de este proceso.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

- 1.) Los trabajos para publicación en **SYSTEMICA** se enviarán en un diskette flexible de 3.5, escritos con un procesador Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no subrayar ni sangrar los textos, sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos se adjuntarán en hoja aparte, especificando el lugar preferente de inclusión en el texto. Así mismo se evitarán totalmente las notas de pie de página, los encabezados de textos y el uso de colores.
- 2.) Se valorará que los artículos enviados sean originales. En caso de no serlo, se adjuntarán los permisos necesarios para publicar y reproducir el material.
- 3.) En el artículo sólo aparecerá el título del mismo. En sobre cerrado aparte figurará igualmente el título en su exterior, y se incluirá en el interior nombre y apellidos del autor, dirección completa, lugar de trabajo y todos aquellos datos que permitan una adecuada identificación del mismo.
- 4.) Todos los artículos se acompañarán de una lista de **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** que se ajustarán a las normas de las American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la Bibliografía y viceversa, toda referencia que aparezca en la Bibliografía deberá tener un referente en el texto. En el texto se indicará autor y año de publicación (ej. Minuchin (1984)). En las Referencias Bibliográficas, los nombres de los autores que aparecían en el texto, se anotarán en mayúsculas, año de publicación entre paréntesis, título del libro en cursiva, ciudad y editorial junto con año de la edición utilizada si fuese distinto al de su publicación. En el caso de artículos de revistas, el título del artículo no irá en cursiva pero sí el de la revista que lo publicó. Deberá figurar el número, año y páginas del artículo. Ejemplos:
 - MINUCHIN, S. (1984). *Calidoscopio familiar*. Barcelona: Ed. Paidós (1985).
 - MENARINI, R.; PONTALTI, C. (1994). Terapia Grupo Analítica de Familia con adolescentes. *Revista de Psicoterapia*, nº 18-19, 1994, pp. 25-36.
- 5.) El Comité de Redacción revisará todos los artículos enviados y los podrá remitir para su lectura a dos lectores cualificados que permanecerán en el anonimato, al igual que el autor o autores de los trabajos. Tras un informe sobre el mismo y siempre que la orientación y la calidad sean las adecuadas para la línea de **SYSTEMICA**, se seleccionarán los artículos que serán publicados. Se notificará al autor o autores la recepción y resultado de la selección.
- 6.) El autor o autores, en caso de ser seleccionado su artículo, recibirán dos ejemplares de la revista. Si precisaran de una mayor cantidad, el autor o autores asumirán el costo de los mismos.
- 7.) En cualquiera de los casos no se devolverán ni las copias en papel ni el diskette que se remitió.
- 8.) Todos los trabajos se remitirán:

ASOCIACION ANDALUZA DE TERAPIA FAMILIAR Y SISTEMAS HUMANOS
Revista **SYSTEMICA**
Avda. de la Cruz del Campo, 10
41005 - SEVILLA